

155,541^a
Глубокоуважаемому Всеодору Орестовичу
Евецкому въ знакъ сердечной признательности
Изъ Глазной Клиники и искренняго уваженія
профессора О. О. Евецкаго въ Юрьевѣ.

отъ
автора.

О заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степені,

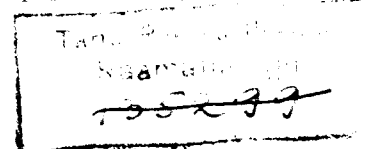
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

И. Ю. Руберта,

младшаго врача 180-го пѣх. Внидавскаго полка.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Проф. В. Г. Цёге фонъ Мантейфель. — Проф. К. К. Дерго. —
Проф. О. О. Евецкій.



Юрьевъ.

Типографія Шнакенбурга.

1903.

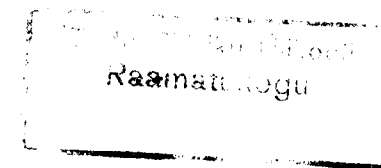
Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета Императорскаго Юрьевскаго Университета.

Г. Юрьевъ, 6 Марта 1903 года.

№ 297.

Деканъ В. Курчинскій.

2
168142



Введеніе.

Въ 1848 году появился классическій трудъ Danielssen'a и Воеск'a „Traité de la Spédalskhed“, съ котораго, собственно говоря, и началось изученіе измѣненій глазъ при проказѣ, такъ какъ всѣ свѣдѣнія до указаннаго времени отличаются болѣе казуистическимъ характеромъ, неточностью и неясностью описанія, почему они не имѣютъ особаго значенія. Норвежскіе авторы разсматриваютъ заболѣванія глаза при бугристой и анестетической проказѣ, интересуясь, какъ и всѣ ихъ послѣдователи, преимущественно первой. Главное вниманіе ихъ, какъ и слѣдовало ожидать, было обращено на видимыя невруженнымъ глазомъ лепромы глазного яблока. Развитіе ихъ, осложненія со стороны другихъ частей глаза, особенно радужки, окончательный исходъ лепромъ описаны талантливыми наблюдателями прямо мастерами.

Дальнѣйшія описанія появляются преимущественно также изъ Норвегіи. Вообще изслѣдователямъ этой страны почти всецѣло принадлежитъ заслуга ознакомленія насъ съ тѣми измѣненіями, которыя вызываетъ проказа въ глазу. Не мало потрудились надъ этимъ вопросомъ Kaugin, Воескmann и Hansen и Bull, особенно послѣдніе два. Результаты клиническихъ наблюденій этихъ двухъ ученыхъ, ихъ патолого-анатомическія изслѣдованія, изложенныя въ монографіи „The leprous diseases of the eye“ (1873), навсегда останутся цѣн-

нымъ достояніемъ науки. Большинство послѣдующихъ клиническихъ работъ по существу мало вводитъ чего либо новаго; онѣ или повторяютъ результаты Hansen'a и Bull'я или только разрабатываютъ вопросъ болѣе въ частности. Совершенно справедливо замѣчаетъ Philipsson по поводу этого труда: „при чтеніи работы норвежскихъ изслѣдователей сразу получаешь впечатлѣніе, что хорошія работы никогда не старѣютъ, а болѣе новые по тому же вопросу даже сейчасъ послѣ ихъ появленія перѣдко должны быть оставлены безъ вниманія (ad acta gelegt).“

Изъ изслѣдователей другихъ странъ заслуживаютъ вниманія еще Lopez и Гуляницкій, а изъ новѣйшихъ Jeanselme и Morax.

Lopez въ 1890 году изслѣдовалъ на островѣ Кубѣ 45 прокаженных и вкратцѣ представилъ свои результаты, среди которыхъ можно найти не мало интересныхъ преимущественно казуистическихъ свѣдѣній.

Гуляницкій въ своей диссертациі приводитъ подробныя исторіи болѣзни 44 паціентовъ, изслѣдованныхъ имъ въ 1892 году въ лифляндскихъ лепрозоріяхъ; помимо того, въ этой работѣ авторъ впервые старается дать, на основаніи тщательнаго изученія литературы, общую картину добытыхъ до него результатовъ. Всѣ остальные изслѣдователи какъ до, такъ и послѣ него литературы не затрогиваютъ, а излагаютъ только свои собственные наблюденія.

Jeanselme и Morax весьма подробно описываютъ 15 больныхъ съ измѣненіями глазъ, наблюдавшихся въ больницѣ Св. Людовика; далѣе они изслѣдовали одинъ глазъ микроскопически и особенно указали на эндогенный характеръ заболѣваній глазъ при проказѣ, находя въ нихъ немалое сходство съ сифилисомъ и туберкулезомъ.

Въ 1899 году появилась обширная работа норвежскаго окулиста Lyder Borthen'a, въ которой послѣдній излагаетъ только свои личные долготѣнія офтальмологическія наблюденія надъ прокаженными. Треть работы занимаютъ общія ста-

тистическія свѣдѣнія, а въ остальной слѣдуетъ описаніе отдѣльныхъ заболѣваній глазъ. Вторую меньшую половину сочиненія составляютъ патолого-анатомическія изслѣдованія Lie. Работа эта встрѣтила наилучшіе отзывы въ печати и признается теперь всѣми единственной въ своемъ родѣ. Со всѣми ея преимуществами, равно и недостатками, мы познакомимся еще ближе въ нашей работѣ, которая собственно и обязана своимъ возникновеніемъ появленію въ свѣтъ упомянутого труда ¹⁾.

Въ мѣстностяхъ, гдѣ проказа встрѣчается эндемически, какъ напр. въ нашихъ Прибалтійскихъ губерніяхъ, вопросъ объ изученіи лепрозныхъ заболѣваній глазъ является особенно интереснымъ для офтальмолога. Многоуважаемый мой учитель профессоръ Евецкій, у котораго я имѣю честь состоять ассистентомъ съ конца 1900 года, обратилъ мое вниманіе на этотъ вопросъ, когда я обратился къ нему за темой для своей диссертациі. Профессоръ Евецкій поставилъ мнѣ на видъ: во 1) полное отсутствіе монографической обработки даннаго предмета въ русской медицинской литературѣ; во 2) заманчивую возможность расширить наши знанія въ этой области науки; въ 3) проверку статистическихъ данныхъ Borthen'a и въ 4) изученіе патологической анатоміи лепрозныхъ заболѣваній глаза.

Будучи такимъ образомъ обязанъ профессору Евецкому темой и руководствомъ при разработкѣ ея, не могу при этомъ случаѣ также не вспомнить о тѣхъ цѣнныхъ, существенныхъ указаніяхъ и совѣтахъ, которыми я пользовался вообще въ бытность мою его ассистентомъ. Ему-же главнымъ образомъ я обязанъ возможностью состоять и въ настоящее время ассистентомъ при Юрьевской Глазной клиникѣ.

1) Въ этомъ краткомъ литературномъ очеркѣ я, не имѣя въ виду дать подробной исторіи ученія о лепрозныхъ пораженіяхъ глазъ, остановился только на самыхъ выдающихся работахъ. Возможно полный перечень литературы этого вопроса приложенъ въ концѣ предлагаемой диссертациі.

Самой подходящей благодарностью поэтому я считаю посвященіе означеннаго труда своему многоуважаемому шефу профессору Θεодору Орестовичу Евенкому!

Со стороны глубокоуважаемаго профессора Карла Константиновича Дегіо я всегда встрѣчалъ полную готовность помочь мнѣ словомъ и дѣломъ. Ему единственно я обязанъ тѣмъ большимъ матеріаломъ, который во многихъ отношеніяхъ стоитъ выше до сихъ поръ изслѣдованнаго. За все это считаю своимъ долгомъ выразить профессору Дегіо свою глубокую благодарность и признательность.

Г. г. врачамъ, завѣдующимъ лифляндскими лепрозоріями, ф. Бѣргману, Гадилъе, Кивулю, Концелю, Паллопу и Сонецу, пытавшимъ самый живой интересъ къ моей работѣ и не мало содѣйствовавшимъ исполненію ея — мое сердечное спасибо!

Въ заключеніе приношу благодарность всѣмъ моимъ университетскимъ учителямъ, а въ особенности профессору Э. Рѣльману, ассистентомъ котораго я нѣкоторое время имѣлъ честь состоять.

Въ моей работѣ я постараюсь изложить и обсудить результаты, полученные при изслѣдованіи прокаженныхъ; при чемъ изъ исторій болѣзни будутъ приведены только тѣ, которыя окажутся необходимыми для выясненія предложеннаго мнѣ вопроса.

Все сочиненіе распадается на два главныхъ отдѣла — общую статистику и клинику. Первая занимаетъ сравнительно малую часть работы, наибольшее мѣсто удѣлено клинической картинѣ отдѣльныхъ заболѣваній, совмѣстно съ которыми разсматривается довольно подробно и ихъ статистика.

Отъ патологической анатоміи, которую я первоначально также намѣревался ввести въ рамку моей задачи, вслѣдствіе непредвидѣнныхъ и совершенно отъ меня не зависящихъ причинъ, я, къ сожалѣнію, долженъ былъ отказаться. Однако я успѣлъ собрать интересный и въ этомъ отношеніи матеріалъ, который въ недалекомъ будущемъ будетъ подробно изслѣдованъ.

I. Общая статистика.

Хотя у насъ въ Глазной клиникѣ не особенно рѣдко падаются прокаженные въ числѣ другихъ амбулаторныхъ больныхъ, однако подобный матеріалъ мало пригоденъ для рѣшенія поставленной мнѣ задачи: онъ слишкомъ незначителенъ по численности больныхъ, но главный его недостатокъ тотъ, что эти прокаженные всегда больны глазами, слѣдовательно нельзя было получить представленія, напр. о частотѣ заболѣваній глазъ при проказѣ. Такимъ образомъ пришлось, не пренебрегая клиническимъ матеріаломъ, обратить главное вниманіе на посѣщеніе лепрозорій. Въ теченіе іюли, августа и сентября 1901 г. я посѣтилъ и осмотрѣлъ всѣхъ призрѣвавшихся прокаженныхъ въ лепрозоріяхъ Вендена, Риги, Тарваста Ненналя и Юрьева. Последнюю лепрозорію я посѣщалъ нѣсколько разъ вслѣдствіе ея близости къ Юрьеву.

Мною было изслѣдовано всего 251 человекъ: 105 мужчинъ и 146 женщинъ. Изъ нихъ было 157 больныхъ бугристой формой, 90 человекъ пятнистой и 4 лица (1 мужчина и 3 женщины) у которыхъ форма проказы съ точностью не могла быть опредѣлена. Мужчинъ больныхъ бугристой проказой было 74, женщинъ — 83; мужчинъ больныхъ пятнистой формой — 30, женщинъ — 60.

Я буду придерживаться и въ дальнѣйшемъ изложеніи раздѣленія проказы на *Lepra tuberosa* и *Lepra maculosa*, какъ это принято въ Норвегіи и у врачей нашихъ лепрозорій съ профессоромъ Дегіо во главѣ.

Каждая изъ упомянутыхъ формъ проказы характеризуется известными стадіями¹⁾. Когда имѣются только узлы или инфильтраты, то обозначаютъ болѣзнь какъ *Lepra tuberosa*. Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда лепрозный процессъ захватываетъ нервы, и появляются анестезіи и трофическія измѣненія, *Lepra tuberosa* переходитъ въ слѣдующую стадію — *Lepra tuberoso — anaesthetica*.

Вторая форма проказы (*Lepra maculo-anaesthetica*) обозначается какъ *Lepra maculosa*, пока имѣются только пятна безъ трофическихъ разстройствъ со стороны мышцъ и костей и безъ анестезій на неизмѣненной кожѣ. Пятна должны быть строго отличаемы отъ едва возвышающихся надъ поверхностью кожи диффузно красныхъ или коричневатыхъ инфильтратовъ при бугристой проказѣ. Инфильтраты содержатъ бациллы массами, тогда какъ въ пятнахъ ихъ почти никогда не находятъ.

Когда къ пятнамъ присоединяются трофическія разстройства и распространенныя анестезіи, болѣзнь обозначаютъ какъ *Lepra maculo-anaesthetica*.

По исчезаніи узловъ или пятенъ, остаются только разстройства со стороны нервной системы, и тогда мы имѣемъ послѣднюю стадію проказы — *Lepra anaesthetica*.

Но и въ этомъ конечномъ періодѣ удастся почти всегда легко отличить одинъ видъ лепры отъ другого, такъ какъ при бугристой проказѣ полного исчезновенія инфильтратовъ, обыкновенно не наблюдается, кромѣ того существуютъ и другіе признаки свойственные каждой изъ обѣихъ формъ.

Подраздѣленіе на известные стадіи (*Lepra tuberosa*, *tuberoso-anaesthetica*, *anaesthetica*; *Lepra maculosa*, *maculo-anaesthetica*, *anaesthetica*) введенно въ нашихъ лепрозоріяхъ и было предложено докторомъ Коппелемъ, къ мнѣнію котораго присоединился и профессоръ Дегио.

Означенная номенклатура имѣетъ цѣлью обозначать только известные стадіи болѣзни, но не отдѣльные ея виды. Строго кли-

1) См. Войтъ — Патолого-анатомическія изслѣдованія спинного мозга и периф. нервовъ при *Lepra maculo-anaesthetica*. Дисс. Юрьевъ 1898.

нически у насъ, какъ въ настоящее время и въ Норвегіи, признаютъ двѣ основныя формы *Lepra tuberosa* и *Lepra maculo-anaesthetica*.

Различать два вида проказы съ свойственными каждому стадіями имѣетъ большое значеніе; благодаря этому устраняется то недоразумѣніе, которое существуетъ между отдѣльными авторами, смѣшивающими бугристую форму съ пятнистой — ошибка, которую совершаютъ и нѣкоторые офталмологи послѣдняго времени, работавшіе въ области проказы.

Разработкою статистическихъ данныхъ относительно взаимныхъ отношеній между проказою и зависящими отъ нея заболѣваніями глаза мы вполне обязаны Borthen'у. Преніе авторы, изслѣдовавшіе меньшее число больныхъ, общей статистикой не занимались, всѣ ихъ свѣдѣнія ограничиваются только частотой заболѣваній глазъ при проказѣ вообще. По Kaurin'у и Boeckman'у около $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ всѣхъ больныхъ страдаютъ глазами, что подтверждаетъ также Гуляницкій (75,9%), а по словамъ Lopez'а, пораженіе глазъ при лепрѣ наблюдается еще чаще. Что касается вліянія пола, формы проказы, продолжительности болѣзни и т. д., то авторы этими вопросами почти не занимаются; только Borthen при своихъ статистическихъ изслѣдованіяхъ, простиравшихся больше, чѣмъ на 400 человекъ, сталъ обращать на всѣ эти моменты должное вниманіе и представилъ намъ въ этомъ отношеніи не мало интересныхъ результатовъ.

Для большей наглядности, я позволю себѣ приводить послѣдніе, помѣщая ихъ въ скобкахъ подъ моими добытыми по тому же принципу числовыми данными.

Въ виду того, что у 15 человекъ лепрозный характеръ заболѣваній съ положительностью не могъ быть опредѣленъ, такъ какъ имѣлись измѣненія и съ другой этиологіей, то моя общая статистика простирается только на 236 человекъ: 101 мужчина и 135 женщинъ. Изъ этого числа больныхъ бугристой формой проказы было 148, больныхъ пятнистой формой — 85 и неопредѣленной формой — 3. Въ этой статистикѣ, какъ и

во всѣхъ другихъ сдѣланныхъ до сихъ поръ вообще, разсматриваются только болѣзни наружнаго глаза и его придаточныхъ органовъ, къ которымъ относятся вѣки и брови; послѣдними занимается лишь Vorthen, и я, съ своей стороны, удѣлю имъ мѣсто только въ общей статистикѣ, насколько это мнѣ является необходимымъ для обсужденія его результатовъ; въ клинической же части онѣ не разсматриваются. Что касается глубокихъ внутриглазныхъ измѣненій, то это вопросъ покуда еще спорный и многими прямо игнорируется; ближе съ ними читатель познакомится въ концѣ этой работы.

Теперь же приступимъ къ изученію нашихъ результатовъ, которые распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

Таблица I.

а = съ здоровыми глазами.

б = съ измѣненіями однихъ придаточныхъ органовъ.

в = съ измѣн. придаточныхъ органовъ и глазного яблока.

г = съ измѣненіями одного только глазного яблока.

A. Lepra tuberosa.

М у щ и н ы :

а) 4 = 5,63%. б) 13 = 18,3%. в) 51 = 71,83%. г) 3 = 4,22%.
(2 = 1,67%) (34 = 28,33%) (84 = 70%) —

Ж е н щ и н ы :

а) 3 = 3,89%. б) 8 = 10,38%. в) 65 = 84,41%. г) 1 = 1,3%.
(8 = 8,08%) (25 = 25,25%) (66 = 66,67%) —

Всего мужчинъ 71 и женщинъ 77.

(120) (99)

B. Lepra maculo-anaesthetica.

М у щ и н ы :

а) 13 = 44,82%. б) 3 = 10,34%. в) 12 = 41,36%. г) 1 = 3,44%.
(26 = 28,8%) (12 = 12,37%) (59 = 60,82%) —

Ж е н щ и н ы :

а) 36 = 64,28%. б) 4 = 7,14%. в) 16 = 28,56%.
(55 = 36,83%) (23 = 18,3%) (62 = 44,87%)

Всего мужчинъ 29 и женщинъ 56.

(97) (140)

C. Неопредѣленная форма.

2 женщины: 1 съ измѣненіями яблока.

1 " " " и придаточныхъ органовъ.

1 мужчина съ измѣненіями яблока.

D. Было вообще

М у щ и н ы :

а) 17 = 16,83%

(28 = 12,9%)

б) 16 = 15,84%

(43 = 19,81%)

в) 63 = 62,37%

(146 = 67,28%)

г) 5 = 4,95%

101 = 99,99%

Ж е н щ и н ы :

а) 39 = 28,88%

(63 = 26,36%)

б) 12 = 8,88%

48 = 20,08%

в) 82 = 60,74%

(128 = 53,56%)

г) 2 = 1,48%

135 = 99,98%

E. Было вообще

а) 56 = 23,33%

(91 = 19,95%)

б) 28 = 11,86%

(19 = 19,95%)

в) 145 = 61,44%

(274 = 60,09%)

г) 7 = 2,96%

236 = 99,59%

Продолжительность проказы.	М у щ и н ы.			Ж е н щ и н ы.		
	а.	б.	в и г.	а.	б.	в и г.
1-ое десятилетіе.	7 = 70% (10 = 40%)	1 = 10% (9 = 4)	2 = 20% (11 = 44%)	23 = 69,69% (16 = 64%)	3 = 9,1% (5 = 20%)	7 = 21,21% (4 = 16%)
2-ое десятилетіе.	2 = 33,33% (7 = 21,21%)	1 = 16,16% (5 = 15,15%)	3 = 50% (21 = 63,63%)	7 = 46,66% (13 = 44,83%)	1 = 6,29% (4 = 13,79%)	7 = 46,66% (12 = 41,38%)
3-ье десятилетіе.	1 = 33,33% (4 = 21,05%)	— (1 = 5,26%)	2 = 66,66% (14 = 73,68%)	1 = 33,33% (14 = 37,83%)	— (5 = 13,53)	2 = 66,66% (18 = 48,64%)
4-ое десятилетіе.	1 — (2 = 16,66%)	— (1 = 8,33%)	— (9 = 75%)	— (5 = 20,83%)	— (4 = 16,67%)	— (15 = 62,5%)
5-ое десятилетіе.	1 — (3 = 50%)	—	— (3 = 50%)	—	—	— (9 = 56,25%)
6-ое десятилетіе.	1 —	— (1 = 50%)	— (1 = 50%)	— (2 = 22,22%)	— (3 = 33,33%)	— (4 = 44,44%)

Т а б л и ц а III. Lepra maculo-anaesthetica.

Т а б л и ц а II. Lepa tuberosa.

Продолжительность проказы.	М у щ и н ы.			Ж е н щ и н ы.		
	а.	б.	в и г.	а.	б.	в и г.
1-ое десятилетіе	1 = 2,17% (2 = 2,67%)	12 = 26,08% (30 = 40%)	33 = 71,73% (43 = 57,33%)	3 = 6,25% (3 = 5,77%)	7 = 14,58 (20 = 38,4%)	38 = 79,16% (29 = 55,77%)
2-ое десятилетіе	2 = 10%	1 = 5% (3 = 9,37%)	17 = 85% (29 = 90,63%)	— (1 = 3,7%)	— (3 = 11,11%)	17 = 100% (23 = 85,18%)
3-ье десятилетіе	—	— (1 = 12,5%)	— (7 = 87,5%)	— (3 = 23,08%)	— (1 = 7,69%)	3 = 100% (9 = 62,23%)
4-ое десятилетіе	—	—	— (4 = 100%)	— (1 = 14,28%)	— (1 = 14,28)	1 = 100% (5 = 71,43%)
5-ое десятилетіе	—	—	— (1 = 100%)	—	—	—

Изъ таблицы I. ясно видно, что при пятнистой формѣ глазныя заболѣванія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой, и въ особенности у женщинъ. При бугристой проказѣ роль повидимому роли не играетъ, между тѣмъ какъ Borthen нашелъ, что женщины находятся въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, чѣмъ мужчины при этомъ видѣ проказы (8,08% : 1,67%). Однако эта процентная разность мнѣ кажется довольно незначительной, чтобы согласиться съ его мнѣніемъ, тѣмъ болѣе, если еще принять во вниманіе измѣненія яблока, которыя собственно и служатъ критеріемъ тяжести случая (70% : 66,67%). Въ моихъ случаяхъ женщины, по крайней мѣрѣ, болѣли чаще мужчины, и болѣзнь имѣла у нихъ болѣе тяжелый характеръ.

Разсматривая далѣе наши таблицы, мы видимъ, что бугристая форма захватила немного больше жертвъ, чѣмъ у Borthen'a, пятнистая же наоборотъ нѣсколько менѣе; поэтому въ общемъ выводѣ (Таб. I, D и E.) получились почти одинаковыя данныя, что особенно бросается въ глаза при подведеніи окончательнаго итога (Таб. I, E.); такъ отношеніе для лицъ съ здоровыми глазами равнялось 23,33% : 19,95%, а для тѣхъ, которые имѣли измѣненія яблока и придаточныхъ органовъ, оно доходило до 61,44% : 60,09%.

Если исключить изъ общей статистики случаи съ поражениемъ однихъ бровей, какъ это дѣлалось остальными авторами, то получимъ, что число больныхъ съ здоровыми глазами составляетъ 26,27%, — величина, вполне согласующаяся съ прежними статистиками (Kaugin, Boeckmann, Гуляницкій и др.), по которымъ $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ всѣхъ прокаженныхъ страдаютъ глазами. И такъ изъ всего сказаннаго мы должны заключить, что процентъ заболѣванія глазъ при лепрѣ есть величина болѣе или менѣе постоянная и равняется приблизительно семидесяти пяти процентамъ.

Что касается таблицъ II и III, то довольно крупная часть моихъ больныхъ вслѣдствіе невозможности опредѣленія у нихъ продолжительности проказы не могла войти въ ихъ составъ. Но

не смотря на все это, изъ приведенныхъ фактовъ ясно вытекаетъ во 1) что глаза поражаются при лепрѣ довольно рано, и ни въ коемъ случаѣ только въ позднихъ ея стадіяхъ; во 2) что процентъ заболѣваній постепенно и постоянно увеличивается съ теченіемъ времени, при чемъ у женщинъ съ бугристой проказой онъ во второмъ десятилѣтіи уже достигаетъ ста, каковымъ и остается.

Мнѣнія Borthen'a, будто при бугристой лепрѣ въ третьемъ, а при пятнистой въ пятомъ десятилѣтіи число глазныхъ больныхъ значительно уменьшается, а въ слѣдующемъ десятилѣтіи опять увеличивается, я на основаніи своихъ данныхъ, подтвердить не могу; пациентовъ въ такихъ позднихъ стадіяхъ было у меня весьма мало, а въ нѣкоторыхъ группахъ они совершенно отсутствовали. Но какъ бы то ни было, слова Borthen'a во всякомъ случаѣ еще нуждаются въ дальнѣйшемъ подтвержденіи. На основаніи столь незначительнаго числа больныхъ, какъ напр. мужчинъ, дѣлать такіе положительные выводы мнѣ кажется немного рискованнымъ. Что дѣйствительно въ 4-омъ, 5-омъ и 6-омъ десятилѣтіяхъ пятнистой проказы могутъ встрѣчаться больные съ совершенно здоровыми глазами, объ этомъ свидѣлствуютъ мои результаты, полученные при изслѣдованіи мужчинъ этой формы (Таб. III.) Но я совершенно далекъ отъ утвержденія, что въ этихъ стадіяхъ процентъ глазныхъ болѣзней равняется нулю, — изъ единичныхъ случаевъ нельзя дѣлать правильнаго заключенія.

II. Клиническая часть.

1. В ѣ к и.

а) Литературныя данныя.

Вѣки, какъ извѣстно, по своему происхожденію, должны быть разсматриваемы, какъ измѣненныя кожныя складки. Поэтому и тѣ измѣненія, которыя вызываетъ проказа на вѣкахъ, въ общемъ, должны имѣть большое сходство съ таковыми на кожѣ; уклоненія въ ту или другую сторону обуславливаются анатомическою особенностью первыхъ.

Къ изученію тѣхъ явленій, которыя вызываютъ оба вида проказы на вѣкахъ, мы теперь и приступимъ.

Lepra tuberosa. — Какъ въ другихъ областяхъ организма, такъ и въ вѣкахъ отложеніе лепрозной ткани при *Lepra tuberosa* является въ двухъ формахъ, или подъ видомъ разлитого инфильтрата, или такъ называемаго лепрознаго узла. Но весьма часто такая строгая граница между ними не можетъ быть проведена; переходовъ отъ диффузнаго инфильтрата къ болѣе или менѣе ограниченному узлу существуетъ не мало. Иногда упомянутыя образованія чередуются у одного и того же лица, а часто даже на одномъ и томъ же вѣкѣ; еще чаще можно встрѣчать отдѣльные милліарныя узелки, сидящіе на инфильтратѣ. Лежатъ означенныя лепрозные новообразованія въ кожѣ (*cutis*), откуда они часто распространяются на подкожную кѣлѣчатку. По изслѣдованіямъ

Derio, упомянутыя диффузные инфильтраты главнымъ образомъ и обусловлены локализацией новообразованной ткани въ подкожной кѣлѣчаткѣ. На вѣкахъ же лепрозный процессъ нерѣдко проникаетъ въ глубь и способенъ занять всю ихъ толщю (Borthen). Излюбленной локализацией инфильтратовъ являются свободные края вѣкъ; при чемъ края верхнихъ оказываются чаще и сильнѣе пораженными. Иногда инфильтратъ можетъ занять все вѣко, а въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ даже войти въ связь съ лепрозною опухолью бровей (Borthen).

Что касается узловъ, то локализція ихъ, какъ и численность, можетъ быть весьма различна. Чаще всего они тоже появляются на свободномъ краю вѣкъ, обыкновенно по одному, рѣдко въ большемъ числѣ. Нѣкоторые авторы (Azavedo Lima, Borthen) иногда замѣчали даже нѣкоторую симметричность въ расположеніи этихъ опухолей. Величина узловъ сильно колеблется, доходя обыкновенно до горошины или лѣсного орѣха. Присутствіе значительнаго числа узловъ въ верхнемъ вѣкѣ иногда можетъ быть причиною неполнаго *ptosis'a* (Lopez). Въ общемъ, инфильтраты и узлы вѣкъ сами по себѣ болыимъ непріятнаго ощущенія обыкновенно не причиняютъ (Гуляницкій).

Заболѣваютъ вѣки при узловой формѣ, какъ правило, въ первые два года послѣ начала общей болѣзни. Если они въ этотъ промежутокъ времени не были поражены, то можетъ случиться, что даже по истеченіи восьми лѣтъ ихъ можно застать здоровыми. У одного пациента наступили измѣненія въ вѣкахъ (припуханіе свободного края) только на тринадцатомъ году проказы (Borthen).

Лепрозные продукты, достигши полнаго своего развитія, могутъ въ такомъ состояніи оставаться много лѣтъ, пока не наступятъ въ нихъ явленія регрессивнаго метаморфоза. Въ благопріятномъ случаѣ они могутъ окончательно всосаться, не оставляя никакого слѣда послѣ себя (Jeanselme и Morax), однако чаще всего захваченныя ткани сильно атрофируются и сморщиваются, отчего приходится наблюдать всевозможныя

картины обезображивания. Наглядным примѣромъ чего можетъ служить случай Borthen'a (Tab. XV), въ которомъ наружная половина вѣка была совершенно откинута къ орбитальному краю, а другая въ обратную сторону внизъ. Сказанное относится, какъ къ инфильтратамъ, такъ и узламъ; но послѣдніе помимо того иногда имѣютъ еще другой исходъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ въ нихъ наблюдается размягченіе, начинающееся тогда съ центра (Hansen и Bull), но чаще они изъязвляются, и это, какъ кажется, у нѣкоторыхъ авторовъ считается за правило (Carron de Villards, Hansen и Bull, Pollock), другіе же язвы на вѣкахъ никогда не встрѣчали и признаютъ ихъ за большую рѣдкость (Гуляницкій, Jeanseime и Morax, Neve). Carron de Villards приводитъ случай, въ которомъ язвенный процессъ не ограничился одной кожей, но, на подобіе „ulcus erodens“, перешелъ и на глубокія части вѣкъ и въ концѣ концовъ оставилъ одну только конъюнктиву („L'oeil n'est alors préservé que par un grand bourrelet muqueux“). Такой исходъ, по мнѣнію автора, не представляетъ рѣдкости. Другой подобный случай, гдѣ у больного всѣ четыре вѣка почти совершенно пропали отъ такой же причины, упоминается у Pollock'a. Причину такихъ злокачественныхъ язвъ, по мнѣнію Carron de Villards'a, слѣдуетъ искать въ облитерации малыхъ артерій, питающихъ вѣко. Подобные прогрессирующие язвенные процессы, которыхъ не удастся остановить никакими средствами, конечно не могутъ не отзываться на органѣ зрѣнія, и послѣднему нерѣдко въ этихъ случаяхъ грозитъ слѣпота. Но и при язвахъ менѣе злокачественныхъ, имѣющихъ болѣе стаціонарный характеръ, замѣчается цѣлый рядъ вредныхъ послѣдствій. Язвы сами по себѣ уже вызываютъ у больныхъ всякаго рода непріятныя ощущенія; далѣе, онѣ могутъ служить мѣстомъ видѣренія микроорганизмовъ и такимъ образомъ являться почвой для развитія общей инфекціи (Воескланн¹). Съ заживленіемъ

1) Цитир. по дисс. Гуляницкаго р. 15.

язвъ и образованіемъ рубцовъ опасность для глаза еще не миновала. Все зависитъ отъ величины, глубины и направленія рубцовъ; ectropium, lagophthalmus, trichiasis часто являются слѣдствіемъ ихъ (Pollock).

Не только періодъ регрессивнаго метаморфоза характеризуется непріятными осложненіями; уже съ самого начала появленія проказы на вѣкахъ, еще въ то время, когда ее можно констатировать только подъ микроскопомъ, она начинаетъ проявлять свое вредное дѣйствіе. Лепрозные элементы, отлагаясь на краю вѣка вокругъ волосяныхъ мѣшечковъ рѣсницъ, вызываютъ въ первыхъ разстройства питанія и въ концѣ концовъ ведутъ къ полной ихъ атрофіи; вполне естественно, что при такихъ условіяхъ должны страдать и рѣсницы.

На тѣсную связь между инфильтратомъ краевъ вѣкъ и состояніемъ рѣсницъ особое вниманіе обращаетъ Гуляницкій. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ можно было констатировать утолщеніе вѣкъ, число рѣсницъ было болѣе или менѣе уменьшено. Этотъ madarosis авторъ видѣлъ въ 36 случаяхъ, простое же утолщеніе вѣкъ только въ 25. У остальныхъ 11 больныхъ, у которыхъ новидимому madarosis существовалъ самостоятельно при отсутствіи инфильтрата, микроскопически навѣрно, по мнѣнію Гуляницкаго, можно было бы найти лепрозныя измѣненія вѣкъ. Нагляднѣе всего проявлялось отношеніе опухоли къ рѣсницамъ на вѣкахъ съ неравномѣрной инфильтраціей, гдѣ въ мѣстахъ утолщенныхъ онѣ отсутствовали или были весьма малочисленны и атрофированы, а въ прочихъ нормальны (Гуляницкій). Но прежде чѣмъ рѣсницы выпадаютъ онѣ подвергаются цѣлому ряду атрофическихъ измѣненій. Онѣ перестаютъ расти, нормальный ихъ цвѣтъ исчезаетъ, онѣ становятся сухими, сморщиваются, весьма легко ломаются и наконецъ выпадаютъ. Выпаденіе рѣсницъ, по Carron de Villards'у, одинъ изъ первыхъ и самыхъ постоянныхъ симптомовъ проказы и констатируется въ 95%. Полное или почти полное отсутствіе рѣсницъ Borthen видѣлъ въ 33% и постоянно на всѣхъ четырехъ вѣкахъ. Рѣдко дѣло ограничивается частичнымъ ис-

чезновеніемъ рѣсницъ; разъ проказа захватила вѣко, рано или поздно наступаетъ полный *madarosis*.

Лепра, не довольствуясь рѣсницами, нерѣдко переходитъ на окончанія нервовъ, развѣтвляющихся въ вѣкъ и вызываетъ разстройства другого рода. Гуляницкій въ случаяхъ, гдѣ инфильтрація ясно была выражена, всегда могъ констатировать извѣстное пониженіе болевой и тактильной чувствительности. Переходя на концы лицевого нерва, процессъ можетъ обусловить параличъ послѣдняго, прямыми слѣдствіями чего являются *lagophthalmus* и *ectropium*, могущіе имѣть серьезное значеніе для глазъ. Съ этими явленіями мы познакомимся подробнѣе при пятнистой формѣ проказы.

Lepra maculo-anaesthetica. — Клиническое наблюденіе (*Legio*¹⁾ учить, что при *Lepra maculo-anaesthetica* прежде всего появляются на кожѣ типическія пятна, которыя уже съ самого начала сопровождаются болѣе или менѣе выраженной анестезіей (см. стр. 34). Впослѣдствіи она констатируется и въ другихъ мѣстахъ, на которыхъ пятенъ нѣтъ и не было. Затѣмъ наступаютъ дегенеративныя измѣненія мышцъ и за ними всякаго рода другія трофическія измѣненія.

Что касается перваго симптома т. е. пятенъ, то Гуляницкій ихъ ни разу не видѣлъ на вѣкахъ, *Jean selme* и *Морах* возможности ихъ появленія не отвергаютъ, остальные авторы, включая туда и *Borthen'a*, объ этомъ вопросѣ умалчиваютъ. Только у *Azavedo Lima* и *Воескманн'a*²⁾ мы встрѣчаемъ нѣсколько указаній на возможность ихъ появленія, но изъ этихъ указаній достаточно явствуетъ, что авторы принимали за пятна плоскіе инфильтраты при узловатой формѣ, такъ какъ они утверждаютъ, что изъ означенныхъ пятенъ могутъ образоваться узлы. Слѣдовательно, вопросъ относительно пятенъ на вѣкахъ при *Lepra maculo-anaesthetica* остается еще нерѣшеннымъ.

Что же касается измѣненія чувствительности, то только *Lopez* немного затрогиваетъ этотъ вопросъ. По его мнѣнію,

появленіе анестетическихъ участковъ считается первымъ симптомомъ ихъ заболѣванія и по времени совпадаетъ съ появленіемъ самыхъ раннихъ признаковъ проказы на другихъ частяхъ тѣла. Эти участки слегка измѣнены въ цвѣтъ и уколами иглы удобно удасть опредѣлить ихъ границы; далѣе, въ этихъ мѣстахъ температурное чувство понижено и, вслѣдствіе исчезновенія железистыхъ элементовъ кожи, послѣдняя является сухой и получаетъ матовый видъ (*Lopez*).

Когда лепрозный процессъ поражаетъ конечныя вѣтви *n. facialis*, снабжающія *m. orbicularem palp.*, въ послѣднемъ наступаютъ дегенеративныя измѣненія, нерѣдко влекущія за собою *lagophthalmus* и *ectropium* (*Lopez*). Предвѣстникомъ перваго еще задолго до его появленія бываютъ иногда отдѣльныя періодическія фибриллярныя подергиванія въ нижнемъ вѣкѣ (*Hansen* и *Bull*). Затѣмъ, по истеченіи нѣкотораго промежутка времени, наступаетъ періодъ „скрытаго *lagophthalmus'a*“. Если въ этой стадіи заставить больного закрыть глаза, то онъ, благодаря болѣе усиленной функціи оставшихся еще здоровыми волоконъ *m. orbicularis*, безупречно исполнить требованіе, и намъ не удастся констатировать ни малѣйшаго слѣда заболѣванія. Но если принудить того же самого больного закрыть глаза безъ всякаго усилія, какъ бы для сна, то тотчасъ мы замѣтимъ, что вѣки внутри не соприкасаются и между ними образуется небольшая щель. Затѣмъ съ теченіемъ времени эта щель по направленію къ наружному углу все болѣе увеличивается и становится шире, пока наконецъ при полномъ параличѣ она въ серединѣ или ближе кънутри достигаетъ ширины около 4—5 милл.; рѣдко широкое мѣсто приходится въ наружной половинѣ щели (*Borthen*). Въ подобныхъ случаяхъ, не смотря на всѣ усилія больного, вѣки не могутъ быть совершенно сомкнуты. Пациентъ, пытаясь это сдѣлать, поднимаетъ глазное яблоко вверхъ, попеременно передвигая его то вправо, то влево, какъ бы ища убѣжища для роговицы. Обыкновенно это вполнѣ ему не удается, и нѣкоторая часть роговой оболочки остается неприкрытой, особенно ночью. Эпителий начинаетъ высыхать,

1) *Dehio*. — *Lepraconferenz*. 1897. Berlin Bd. II. p. 85.

2) Цитир. по Гуляницкому р. 18.

утолщаться, и получается часто встречаемая у этих больных картина, носящая название *Keratitis e lagophthalmo*. О ней рѣчь будетъ ниже при заболѣваніяхъ роговицы.

Иногда при *lagophthalmus*'ѣ наблюдается легкій *ptosis* верхняго вѣка. По мнѣнію *Borthen'a*, причина здѣсь лежитъ въ общемъ ослабленіи организма съ пониженнымъ тонусомъ въ *m. levat. palp.* и *m. tars. sup.* Въ противоположность сказанному можетъ случиться, что глазная щель начинаетъ расширяться не только внизъ, но и вверхъ, оставая такимъ образомъ всю роговицу и большую часть склеры обнаженными. Объясняется данное явленіе главнымъ образомъ атрофіей, которой при долго длящихся паретическихъ состояніяхъ подвергаются всѣ ткани вѣкъ. При этой атрофіи происходитъ сильное сморщиваніе послѣднихъ съ послѣдовательнымъ расширеніемъ глазной щели (*Borthen*).

Но въ большинствѣ случаевъ *lagophthalmus'a* нижнее вѣко не остается въ соприкосновеніи съ глазнымъ яблокомъ, мало по малу оно начинаетъ удаляться отъ него и выворачивается. Процессъ этотъ также начинается съ внутренняго угла, и исходомъ является полный *ectropium paralyticum*, превосходящій своими размѣрами, по мнѣнію *Parinaud*, паралитическіе вывороты вслѣдствіе другихъ причинъ.

Время появленія *lagophthalmus'a* не связано съ какимъ-либо моментомъ общаго заболѣванія, онъ можетъ обнаружиться какъ на первомъ году проказы, такъ и по истеченіи сорока двухъ лѣтъ. Мужчины повидимому заболѣваютъ имъ раньше и чаще (70%) женщинъ (60%) (*Borthen*).

Закончивая описаніе вѣкъ при *Lepa maculo-anaesthetica*, необходимо сказать нѣсколько словъ еще объ измѣненіяхъ рѣсницъ при этой формѣ проказы. Какъ явствуетъ изъ работы *Borthen'a*, онѣ по частотѣ занимаютъ видное мѣсто въ патологіи вѣкъ. На 87 больныхъ приходилось 66 человекъ (75,86%) съ болѣе или менѣе измѣненными рѣсницами. Болѣзнь состоитъ, какъ при узловатой проказѣ, въ атрофіи и выпаденіи ихъ. Изъ результатовъ упомянутого автора видно,

что въ большей половинѣ изслѣдованныхъ случаевъ были поражены рѣсницы только нижнихъ вѣкъ; случаевъ, въ которыхъ измѣненія ограничивались бы только верхними вѣками, не было. Затѣмъ въ случаяхъ, гдѣ рѣсницы были затронуты на всѣхъ вѣкахъ, всегда одновременно существовали измѣненія въ областяхъ, прилежащихъ къ глазу. Тоже, за весьма немногими исключеніями, наблюдалось и въ тѣхъ случаяхъ, когда поражение рѣсницъ ограничивалось только нижними вѣками.

Причину заболѣванія рѣсницъ *Lie* видитъ въ чрезвычайно часто встречающемся при проказѣ конъюнктивитѣ; по мнѣнію же *Leloir'a*, выпаденіе рѣсницъ должно быть отнесено къ числу трофическихъ измѣненій.

Послѣ этихъ свѣдѣній относительно измѣненій рѣсницъ при *Lepa maculo-anaesthetica* намъ должно казаться страннымъ, что почти всѣ другіе авторы, работавшіе по этому вопросу, объ упомянутомъ разстройствѣ умалчиваютъ. Только у *Danielssen'a* и *Boeck'a* и *Leloir'a* мы при описаніи тяжелыхъ случаевъ *lagophthalmus'a* между прочимъ встречаемъ весьма краткую замѣтку объ отсутствіи рѣсницъ („*Les cils sont tombés*“). Итакъ вопросъ объ измѣненіяхъ рѣсницъ при пятнистой проказѣ, какъ видно, поднять недавно только *Borthen'омъ* и требуетъ провѣрки.

б) Собственные изслѣдованія.

На измѣненія вѣкъ было изслѣдовано 234 больныхъ; изъ нихъ мужчинъ 103 и женщинъ 131. Больныхъ узловатой формой было 146, пятнистой 85, въ 3 случаяхъ видъ проказы съ точностью не могъ быть опредѣленъ. Всего было мною изслѣдовано 251 больной, изъ которыхъ 157 имѣли узловатую форму проказы, 90 — пятнистую и у 4 нельзя было опредѣлить вида болѣзни. Въ этомъ числѣ находилось 30 пораженныхъ одновременно и трахомой. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя было рѣшить съ увѣренностью, какая причина вызвала то или другое заболѣваніе вѣка, лепра или трахома, я счелъ нужнымъ исключить трахоматозныхъ изъ общаго числа мною изслѣдо-

ванных больных. Въ другихъ случаяхъ, когда трахома очевидно не имѣла этиологическаго значенія (напр., при lagophthalmus'ѣ), и ихъ не выключалъ.

У 151 больного вѣки были поражены проказой, что составляетъ 64,53% изслѣдованныхъ больныхъ. Ближе мы познакомимся съ этими результатами при разсмотрѣннй каждой формы проказы въ отдѣльности.

Lepra tuberosa. — Специфическихъ измѣненій глазъ при узловатой формѣ не было найдено у 14 человекъ (9 мужчинъ и 5 женщинъ), т. е. въ 9,58%. Здоровыя вѣки встрѣтились въ 32 случаяхъ (20 муш. и 12 женщ.) или въ 21,91%, у 18 изъ нихъ имѣлось специфическое поражение глазного яблока. Въ 16 случаяхъ были захвачены единственно вѣки. Въ числѣ изслѣдованныхъ 146 больныхъ было 114 съ измѣненіями со стороны вѣкъ, 116 со стороны глазного яблока, а у 132 человекъ глаза вообще были поражены лепрой. У мужчинъ вѣки были больны въ 73%, у женщинъ въ 83%. Далѣе мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, въ которыхъ проказа успѣла перейти на глазное яблоко, одновременно существовало и заболѣваніе вѣкъ.

Поражаются ли чаще вѣки или же самъ глазъ, изъ результатовъ нашихъ изслѣдованій сказать трудно, такъ у 16 человекъ были одни только вѣки больны, у 18 одно только глазное яблоко; далѣе, у 114, какъ мы уже упомянули, были вообще измѣненія со стороны вѣкъ, а у 116 со стороны глазного яблока. Но во всякомъ случаѣ мнѣніе, будто разстройства вѣкъ постоянно предшествуютъ заболѣваніямъ яблока, а такого мнѣнія многіе авторы, должно считаться ошибочнымъ. Относительно времени заболѣванія вѣкъ я не могу согласиться съ Borthen'омъ, по словамъ котораго вѣки, какъ правило, должны заболѣвать въ первые два года болѣзни и ни въ коемъ случаѣ съ изслѣдователями, относящими измѣненія вѣкъ къ числу самыхъ первыхъ признаковъ проказы, появляющихся одновременно съ таковыми на кожѣ остальнаго тѣла. Напротивъ, при разработкѣ нашего матеріала можно было констатировать, что только съ теченіемъ

времени число пациентовъ съ здоровыми вѣками уменьшается, и это уменьшеніе идетъ постепенно въ болѣе или менѣе правильной арифметической прогрессіи: въ первые 5 лѣтъ проказы съ здоровыми вѣками было 33% (34,3%), во второе пятилѣтіе 23%, въ третье 13% (12,5%) а по прошествіи 15 лѣтъ — 3%. Сюда относится также больной № 180, у котораго вѣки даже на 22-омъ году проказы оказались совершенно здоровыми.

Отложеніе лепрозной ткани почти у всѣхъ нашихъ больныхъ являлось подъ видомъ разлитого инфильтрата и чаще всего по всему рѣсничному краю верхнихъ вѣкъ (35 случаевъ). Инфильтрація была въ большинствѣ случаевъ равномерная и на обоихъ вѣкахъ въ одинаковой степени; только въ двухъ случаяхъ средняя треть была инфильтрована сильнѣе, а въ одномъ наружная половина вѣкъ. Въ двухъ случаяхъ на инфильтратахъ сидѣло нѣсколько незначительныхъ узловъ. Кожа на мѣстѣ инфильтратовъ всегда была нормальнаго цвѣта, только въ случаѣ № 31, гдѣ съ недѣлю назадъ наступило обостреніе лепрознаго процесса, и выступали бугры въ большомъ количествѣ на лицѣ, было замѣтно довольно значительное припуханіе и краснота лѣваго верхняго вѣка.

Полную инфильтрацію верхнихъ вѣкъ (т. е. не только одного ихъ края) можно было найти у 25 больныхъ, при чемъ въ половинѣ случаевъ особенно сильно были утолщены рѣсничные края; у двухъ пациентовъ инфильтрація сильнѣе выступала въ наружной половинѣ, у одного въ внутренней. Процессъ на обоихъ вѣкахъ обыкновенно былъ одинаково выраженъ. Въ четырехъ случаяхъ инфильтратъ осложнился присутствіемъ узловъ.

У трехъ больныхъ оба верхнихъ вѣка были диффузно утолщены только въ наружныхъ половинахъ; у одного была захвачена только наружная половина лѣваго, у другого наружная половина праваго верхняго вѣка.

Край нижнихъ вѣкъ представлялись инфильтрованными только въ четырехъ случаяхъ, и при этомъ всегда существовали подобныя же измѣненія и на верхнихъ вѣкахъ.

Разлитое утолщеніе всѣхъ вѣкъ, какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ, было констатировано у 13 человекъ, при чемъ опять, какъ правило, верхнія были сильнѣе затронуты; на каждомъ же вѣкѣ рѣсничный край обыкновенно оказывался болѣе инфильтрованнымъ. Въ трехъ случаяхъ инфильтратъ комбиниrowался съ узлами

Что касается узловъ, то повидимому они встрѣчаются здѣсь гораздо рѣже инфильтратовъ; я нашелъ ихъ на вѣкахъ только у тринадцати больныхъ. Располагались они: у четырехъ пациентовъ только на одномъ верхнемъ вѣкѣ, у семи — на обоихъ верхнихъ, а у двухъ, помимо обоихъ верхнихъ, узлы занимали лѣвое нижнее вѣко. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что узлы также преимущественно локализуются на верхнихъ вѣкахъ. Здѣсь они тоже предпочитаютъ свободный рѣсничный край. Три раза узелъ помѣщался въ средней части его (узлы односторонніе), а шесть разъ въ наружной половинѣ вѣкъ; при чемъ въ послѣднихъ случаяхъ два раза была замѣтна нѣкоторая симметрия въ расположеніи опухолей. — Разъ (№ 42) намъ удалось констатировать размягченіе, а въ другомъ случаѣ изъязвленіе (№ 206), у послѣдняго больного очевидно свободные края верхнихъ вѣкъ были заняты лепромой, у которой процессъ изъязвленія теперь совершался въ наружныхъ половинахъ на симметрическихъ мѣстахъ. Такихъ тяжелыхъ формъ (обширныхъ и глубокихъ изъязвленій), какъ ихъ неоднократно видѣлъ Carron de Villards, мнѣ никогда не приходилось наблюдать; онѣ повидимому въ нашихъ широтахъ и при обстановкѣ въ здѣшнихъ лепрозоріяхъ встрѣчаются крайне рѣдко или никогда. Вообще на основаніи моихъ изслѣдованій, я долженъ скорѣе согласиться съ мнѣніемъ авторовъ, которые признаютъ такой исходъ узловъ за рѣдкость; легкія атрофіи кожи въ видѣ отдѣльныхъ блѣдныхъ желтоватыхъ пятенъ, расположенныхъ въ наружной половинѣ верхнихъ вѣкъ, имѣющихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 48. 143. 242.) симметрическую локализацию, также могутъ служить доказательствомъ того, что здѣсь когда то имѣлись узлы, мирнымъ образомъ исчезнувшіе. Только въ одномъ случаѣ имѣлся

криволинейный рубецъ въ наружной половинѣ верхняго вѣка недалеко отъ орбитальнаго края, который тянулъ въ данномъ мѣстѣ вѣко вверхъ; происхожденіе его я склоненъ объяснить сморщиваніемъ и рубцеваніемъ бывшихъ здѣсь когда-то лепрозныхъ продуктовъ.

Измѣненія со стороны рѣсницъ занимали по частотѣ первое мѣсто. Изъ 146 больныхъ 103 человека (51 муж. и 52 женщ.) было съ пораженіемъ рѣсницъ, что составляетъ 70,54%. Болѣзнь состояла въ атрофіи и выпаденіи ихъ. Только въ одномъ случаѣ рѣсницы оказались нормальными при маломъ числѣ, о подобномъ явленіи упоминаетъ и Borthen, но оно должно встрѣчаться крайне рѣдко. Во всѣхъ прочихъ случаяхъ, при существующей атрофіи рѣсницъ, число послѣднихъ всегда было значительно уменьшено. Полное отсутствіе рѣсницъ я могъ констатировать у 15 больныхъ; полное отсутствіе ихъ на нижнихъ вѣкахъ при почти полномъ отсутствіи рѣсницъ на верхнихъ — въ 21 случаѣ; и почти полное отсутствіе на всѣхъ вѣкахъ у 9 больныхъ, а въ 57 случаяхъ вообще явленія атрофіи и madarosis'a. У 11 больныхъ рѣсницы при существующихъ инфильтратахъ оказались здоровыми, а въ 12 случаяхъ рѣсницы были измѣнены, хотя инфильтратовъ при клиническомъ изслѣдованіи нельзя было констатировать.

Тогда какъ лепрозные инфильтраты и узлы преимущественно локализовались на верхнихъ вѣкахъ и здѣсь достигали наибольшаго своего развитія, патологическія измѣненія рѣсницъ, за исключеніемъ всего только двухъ случаевъ, выступали раньше и рѣзче на нижнихъ вѣкахъ. Здѣсь атрофія всегда была сильнѣе выражена, и число рѣсницъ всегда было уменьшено. Въ 21 случаѣ рѣсницы вполне отсутствовали на нижнихъ вѣкахъ, мѣжду тѣмъ какъ на верхнихъ еще ихъ можно было найти; случаевъ, гдѣ рѣсницы отсутствовали бы только на верхнихъ вѣкахъ, я не наблюдалъ. — На верхнихъ же вѣкахъ сильнѣе и раньше всего поражались рѣсницы, лежащія по средней трети края вѣкъ, особенно наглядно это проявилось въ двѣнадцати случаяхъ; разъ, правда, мнѣ пришлось,

при полном madarosis'ѣ въ прочихъ мѣстахъ, наблюдать здѣсь нѣсколько сильно атрофированныхъ рѣсницъ. Дольше и лучше всего рѣсницы сохранялись въ внутренней трети верхнихъ вѣкъ, у 16 больныхъ это особенно бросалось въ глаза. Въ наружной трети рѣсницы почти всегда были сильнѣе измѣнены, чѣмъ въ внутренней, но тутъ онѣ опять таки были лучше развиты, чѣмъ въ средней трети верхнихъ вѣкъ. Изъ сказаннаго, конечно, трудно вывести какія-нибудь положительныя данныя относительно выпаденія рѣсницъ, что потребовало бы много времени и весьма тщательнаго наблюденія. Я получилъ впечатлѣніе, что послѣ того какъ рѣсницы подверглись цѣлаго рода дегенеративнымъ процессамъ, которые могутъ начинаться на всѣхъ вѣкахъ одновременно, онѣ раньше всего начинаютъ исчезать на нижнемъ вѣкѣ, затѣмъ въ средней трети верхняго, потомъ въ его наружной трети и дольше всего остаются вблизи внутренняго угла верхняго вѣка.

Полъ и возрастъ больного по видимому роли не играютъ. Дегенеративныя измѣненія рѣсницъ почти всегда были на обоихъ соответствующихъ вѣкахъ выражены въ одинаковой степени и нерѣдко со стороны ихъ наблюдалась симметричность. У 4 больныхъ (не трахоматозныхъ) былъ частичный trichiasis лепрознаго происхожденія, у 2 изъ нихъ двусторонній и на симметрическихъ мѣстахъ.

Lagophthalmus при изслѣдованіи 157 больныхъ я могъ констатировать 11 разъ, при чемъ мнѣ бросилось въ глаза сравнительно большая частота присутствія его у женщинъ, у которыхъ онъ нашелся въ 9 случаяхъ. 3 раза lagophthalmus былъ односторонній и всегда съ правой стороны; у 7 больныхъ онъ осложнялся выворотомъ. При двустороннемъ lagophthalmus'ѣ одна изъ сторонъ всегда была сильнѣе поражена, но по видимому особеннымъ предпочтеніемъ ни одна изъ нихъ не пользовалась.

У 6 пациентовъ заболѣваніе было легкое и вѣки при нѣкоторомъ усиліи могли хорошо смыкаться. У 2 больныхъ полнаго закрытія нельзя было уже достигнуть, и самая нижняя

часть роговицы оставалась незащищенной. У 2 другихъ, имѣвшихъ lagophthalmus сильной степени, m. orbicularis palp. почти уже не функционировать, и прикрытіе роговицы совершалось главнымъ образомъ движеніемъ глазного яблока вверхъ.

Самый печальный исходъ, который можетъ имѣть lagophthalmus, мы видимъ у № 52, гдѣ съ обѣихъ сторонъ вслѣдствіе сильной атрофіи и сморщиванія тканей наступило почти полное уничтоженіе всѣхъ четырехъ вѣкъ и совершенное сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка съ атрофіей глазного яблока. Конечно, этотъ lagophthalmus другого происхожденія, чѣмъ тотъ, о которомъ здѣсь идетъ рѣчь.

Lagophthalmus у нашихъ пациентовъ ничѣмъ не отличался отъ такового при пятнистой проказѣ. Относительно времени появленія его ничего положительнаго сказать нельзя; вѣроятно же всего онъ не связанъ съ извѣстнымъ періодомъ общей болѣзни: мы наблюдали его какъ въ старыхъ, такъ и свѣжихъ случаяхъ проказы, разъ у пациента, страдавшаго ею всего только 3 года.

Что касается чувствительной сферы, то я изслѣдовалъ только тактильную чувствительность, отъ болевой мнѣ пришлось отказаться. Субъективное изслѣдованіе у прокаженныхъ иногда бываетъ сопряжено съ большими трудностями и результаты требовали неоднократной проверки. Пациенты мои большею частью были люди неинтеллигентные, нерѣдко давали ложные отвѣты и въ рѣдкихъ случаяхъ даже не позволяли себя изслѣдовать. Обреченные на свою тяжелую участь, замѣчаетъ Borthen, прокаженные нерѣдко дѣлаются фаталистами, становятся апатичными ко всему и часто отказываются даже отъ всякаго лѣченія.

Въ виду означенныхъ обстоятельствъ мнѣ пришлось изъ 157 больныхъ исключить 16 человекъ и заняться 141 больнымъ. Полную анестезію я констатировалъ въ четырехъ случаяхъ, разъ при lagophthalmus'ѣ и три раза на лепромахъ. Пониженіе чувствительности можно было найти у 11 больныхъ, 6 разъ на инфильтратахъ, 2 раза на узлахъ, 2 раза при lagophthalmus'ѣ, и однажды существовали измѣненія со стороны рѣсницъ. При-

надлежали эти случаи обыкновенно къ числу болѣе тяжелыхъ лепры глаза и всегда осложнялись измѣненіемъ чувствительности со стороны конъюнктивы вѣкъ.

Lepra maculo-anaesthetica. — У изслѣдованныхъ 85 больныхъ вѣки нашлись здоровыми въ 49 случаяхъ (13 муж. и 36 женщ.) т. е. въ 57,64 %; при чемъ у мужчинъ (55,18 %) они оказались чаще пораженными, чѣмъ у женщинъ (35,72 %). тогда какъ при бугристой проказѣ мы нашли обратное отношеніе. Что касается времени заболѣваній, то здѣсь такой законности, какъ при *Lepra tuberosa*, я не могъ замѣтить. Въ общемъ я прихожу къ заключенію, что вѣки весьма долгое время могутъ оставаться здоровыми, и заболѣваніе ихъ не должно считаться правиломъ, хотя и при этой формѣ проказы вѣки заболѣваютъ чаще въ болѣе позднихъ періодахъ. Изъ лицъ, страдавшихъ проказой не дольше десяти лѣтъ, 70 % имѣли нетронутыя вѣки, изъ больныхъ второго десятилѣтія 40 %, а изъ тѣхъ, у которыхъ съ начала болѣзни прошло больше двадцати лѣтъ, даже 20 % имѣли еще здоровыя вѣки. Одинъ изъ этихъ счастливицевъ болѣлъ уже 30 лѣтъ проказой, а другой больше сорока, между тѣмъ не только вѣки, но и глаза ихъ не представляли никакихъ измѣненій.

Изъ отдѣльныхъ заболѣваній вѣкъ самое видное мѣсто занимаютъ паралитическія состоянія *m. orbicularis oculi*.

Изъ 90 больныхъ 30 человекъ (13 муж. и 17 женщ.) имѣли *lagophthalmus paralyticus*, т. е. 33,33 %; у мужчинъ онъ встрѣчался въ 43,33 %, у женщинъ въ 28,33 %. Эти данныя не согласуются съ результатами Borthen'a, который при изслѣдованіи 94 больныхъ констатировалъ упомянутое состояніе въ 62,76 %; въ 70 % у мужчинъ и въ 60 % у женщинъ. Среднее между данными Borthen'a и моими занимаютъ результаты Boeckmann'a, нашедшаго параличъ *m. orbicularis* при пятнистой формѣ въ 50 %. Такое несогласіе въ результатахъ можно объяснить тѣмъ, что Borthen имѣлъ дѣло съ болѣе старыми случаями проказы.

Что касается вопроса относительно времени появленія *lagophthalmus'a*, то я долженъ согласиться съ Borthen'омъ, что онъ не связанъ съ какимъ-либо извѣстнымъ періодомъ общей болѣзни, хотя, впрочемъ, до семи лѣтъ мнѣ никогда не приходилось его наблюдать. У мужчинъ, какъ я уже замѣтилъ, *lagophthalmus* встрѣчался чаще, чѣмъ у женщинъ, фактъ, на который обращаетъ вниманіе и Borthen. Это наблюденіе находится въ противорѣчіи съ найденнымъ при туберозной формѣ.

Въ 12 случаяхъ *lagophthalmus* былъ выраженъ въ легкой степени, въ 12 въ средней, у трехъ въ сильной и тоже у трехъ въ весьма сильной степени. Въ 7 случаяхъ *lagophthalmus* былъ односторонній (3 раза справа, 4 раза слѣва), при двустороннемъ же 10 разъ онъ былъ сильнѣе выраженъ справа, а въ 4 случаяхъ слѣва. У 19 больныхъ *lagophthalmus* осложнился выворотомъ нижнихъ вѣкъ, разъ при этомъ была еще замѣтна на правомъ верхнемъ вѣкѣ въ внутреннемъ углу легкая эверсія. Однажды при *lagophthalmus'e* съ выворотомъ нижнихъ вѣкъ наблюдался заворотъ обоихъ верхнихъ при отсутствіи трахомы или другой обычной причины. Легкій заворотъ на лѣвомъ верхнемъ вѣкѣ при выворотѣ на обоихъ нижнихъ наблюдалъ разъ Lopez у пациента, страдавшаго смѣшанной формой (ваши бугристая) проказы. Это единственный случай въ литературѣ, но Lopez почти совершенно обходитъ его молчаніемъ, въ виду того что не волилъ увѣренъ въ лепрозномъ характерѣ данного измѣненія. Что касается нашего случая, то не можетъ быть никакого сомнѣнія относительно его специфичности. Столь рѣдкое возникновеніе заворота при проказѣ, по моему мнѣнію, можетъ быть объяснено тѣмъ, что процессъ сморщиванія со стороны вѣкъ и конъюнктивальнаго мѣшка при лепрѣ, какъ правило, всегда идетъ въ одинаковой степени, но если по какимъ-либо причинамъ равновѣсіе между процессами будетъ нарушено въ пользу конъюнктивы, то будутъ даны всѣ условія для образованія заворота.

Lagophthalmus всегда былъ сильнѣе выраженъ снизу, и наибольшая ширина глазной щели чаще всего приходилась на

границъ средней трети съ внутренней; въ одномъ только случаѣ lagophthalmus и ectrorium были сильнѣе въ наружной половинѣ.

Въ нѣкоторой связи съ этими расстройствами въ движеніи вѣкъ находится состояніе рѣсницъ. Процентъ заболѣванія ихъ, какъ мы уже упоминали, по изслѣдованіямъ Borthen'a, весьма великъ и превышаетъ шестьдесятъ, тогда какъ другіе авторы обѣ этихъ измѣненій почти совершенно умалчиваютъ. Изслѣдованія надъ почти столь же большимъ числѣ больныхъ, какъ у Borthen'a, привели меня къ совершенно другимъ результатамъ. Изъ 85 больныхъ пятнистой формой только у семи человекъ оказались измѣненія рѣсницъ, что составляетъ 8%. Два раза процессъ локализовался только на нижнихъ вѣкахъ, а два раза на нихъ онъ былъ сильнѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ; на послѣднихъ же расстройства никогда не проявлялись въ болѣе сильной мѣрѣ, чѣмъ на нижнихъ, что согласуется съ выводами Borthen'a. Въ этомъ отношеніи мы замѣчаемъ и полную аналогію съ измѣненіями рѣсницъ при узловатой проказѣ.

Патологическія измѣненія состояли шесть разъ въ атрофіи и выпаденіи рѣсницъ. Въ двухъ изъ этихъ шести случаевъ существовалъ на нижнихъ вѣкахъ въ средней трети trichiasis. У больного № 79 атрофическихъ рѣсницъ констатировать было нельзя, но число ихъ было значительно уменьшено. Случай № 71, гдѣ только въ средней трети обоихъ нижнихъ вѣкъ имѣлся distichiasis, я склоненъ отнести къ числу прирожденныхъ аномалій.

Изучивъ работы Borthen'a, Leloir'a, Danielssen'a и Boeck'a и принявъ во вниманіе мои собственные наблюденія, я прихожу къ заключенію, что во 1) рѣсницы заболѣваютъ только съ появленіемъ трофическихъ расстройствъ въ вѣкахъ, наступающихъ, какъ дальнѣйшее слѣдствіе паралича m. orbicularis. Во 2) точно также эти измѣненія рѣсницъ наблюдаются при одновременномъ существованіи лепрозныхъ измѣненій въ областяхъ, прилежающихъ къ глазу и тоже вслѣдствіе наступленія здѣсь трофическихъ расстройствъ. Дѣйствительно, у Borthen'a всѣ 66 человекъ съ пораженіемъ рѣсницъ имѣли специфическія измѣненія сосѣднихъ съ глазомъ частей, а у 48 изъ нихъ даже

былъ lagophthalmus. У Danielssen'a, Boeck'a и Leloir'a рѣсницы отсутствовали только въ случаяхъ lagophthalmus'a, т. е. когда уже существовали трофическія измѣненія. Какъ подтвержденіе вышесказаннаго мнѣнія могутъ служить и мои семь больныхъ, у которыхъ также былъ констатированъ lagophthalmus. Случаевъ съ патологическими рѣсницами при отсутствіи дегенеративныхъ измѣненій на вѣкахъ или сосѣднихъ съ глазомъ частяхъ очевидно никто не наблюдалъ. Еще понятнѣе намъ станетъ предложенное объясненіе, когда ниже будетъ рѣчь о возникновеніи трофическихъ явленій вообще.

Полученная большая разность въ числѣ заболѣваній рѣсницъ у Borthen'a и у меня зависитъ, по всей вѣроятности, только отъ того обстоятельства, что матеріалъ перваго состоялъ преимущественно изъ больныхъ съ трофическими измѣненіями вѣкъ и частей ихъ окружающихъ, тогда какъ у меня они составляли меньшинство.

Послѣ такого разбора дегенеративныхъ измѣненій со стороны вѣкъ, приступимъ къ рассмотрѣнію первоначальныхъ симптомовъ проказы -- пятенъ и анестезій.

Измѣненія чувствительности можно было констатировать у 88 пациентовъ 11 разъ (12%): 5 разъ она отсутствовала, 6 разъ была понижена. Пятенъ, которыя при Lerga maculo-anaesthetica встрѣчаются на кожѣ, я никогда не наблюдалъ на вѣкахъ, даже ни малѣйшихъ ихъ слѣдовъ. Принимая во вниманіе сказанное въ литературѣ относительно пятенъ, а также и мои собственные изслѣдованія, я склоненъ думать, что они на вѣкахъ не встрѣчаются. Но въ такомъ случаѣ какъ объяснять появляющіяся здѣсь анестезіи и трофическія измѣненія? Можетъ быть, благодаря особенному анатомическому строенію вѣкъ, пятна здѣсь не обнаруживаются, хотя въ кожѣ ихъ и существуетъ лепрозный процессъ, который, переходя на концы периферическихъ нервовъ, вызываетъ сперва расстройства чувствительной, а затѣмъ и двигательной сферы. Но анестезію совмѣстно съ пораженіемъ m. orbicularis мы могли доказать только въ 7 случаяхъ, тогда какъ въ 22 случаяхъ

lagophthalmus'a, частью очень тяжелыхъ, не было ни малѣйшаго намека на пониженіе чувствительности. Изъ этого мы опять видимъ, что первичный очагъ пораженія кожи — „macula“ — едва ли находится на вѣкахъ, а лежитъ вѣроятно въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ. Работы Borthen'a, A. v. Bergmann'a¹⁾ и др. насъ учатъ, что заболѣванія вѣкъ при пятнистой проказѣ сопровождаются измѣненіями въ другихъ частяхъ лица, и послѣднія наступаютъ раньше. Какое вліяніе они могутъ оказать на вѣки, мы увидимъ изъ слѣдующаго.

Исслѣдованія проф. Дегио²⁾ и его учениковъ Герлаха³⁾ и Войта⁴⁾ показываютъ, что процессъ протекаетъ слѣдующимъ образомъ. Въ началѣ заболѣваетъ извѣстный участокъ кожи, и тамъ образуется анестетическое пятно; отсюда болѣзнь распространяется центростремительно по чувствительному нерву, иннервирующему этотъ участокъ кожи, и разрушаетъ въ немъ проводимость на все большемъ протяженіи. Этотъ восходящій лепрозный невритъ переходитъ затѣмъ на смѣшанную нервную вѣтвь, и въ концѣ концовъ даже большіе смѣшанные стволы могутъ оказаться имъ захваченными. Однако только меньшая часть нервной сѣти поражается невритомъ, большое количество нервовъ, отходящихъ периферично отъ специфически пораженныхъ вѣтвей и стволовъ, по причинѣ утраты проводимости, подвергнется дегенеративной атрофіи, хотя лепрозное разрастаніе въ нихъ и отсутствуетъ. Слѣдствіемъ этой атрофіи будутъ дегенеративныя измѣненія въ органахъ, къ которымъ идутъ эти нервы. По этому слошъ и рядомъ мы видимъ анестетическіе участки, на которыхъ никогда пятна не существовали, наблюдаемъ выпаденіе волосъ, параличи мышцъ и другія измѣненія въ мѣстахъ, гдѣ первичные симптомы проказы никогда и не замѣчались.

1) Die Lepra. Deutsche Chirurgie. Lief. 10 b. 1897.

2) Dehio. — St. Petersburg. Medic. Woch. 1890. Nr. 48.

3) Gerlach. — Diss. Dorpat. 1890. Unabhängigkeit d. Bildung anaesth. Hautflecken.

4) l. c. p. 8.

Если перевести эти свѣдѣнія на насъ интересующую область столь богатую нервами и принять во вниманіе наблюденія авторовъ, что разстройствамъ вѣкъ предшествуютъ специфическія измѣненія въ другихъ частяхъ лица, то весьма вѣроятно, что всѣ явленія, констатируемыя на вѣкахъ, должны быть рассматриваемы какъ трофическія разстройства, первоначальная причина которыхъ кроется въ лепрозномъ пораженіи сосѣднихъ участковъ лица. Въ виду того, что вѣтви *n. facialis* и *n. trigemini* соединяются другъ съ другомъ, за весьма малыми исключеніями, только въ самыхъ периферическихъ частяхъ, и отдѣльныя вѣтви ихъ на своемъ протяженіи по большей части остаются или чисто чувствительными или двигательными, то изъ этого слѣдуетъ, что разстройства въ чувствительной сферѣ и моторной не должны другъ другу сопутствовать. Этимъ только и объясняется, почему въ 22 случаяхъ *lagophthalmus*'a мы не могли констатировать даже ни малѣйшаго намека на измѣненіе чувствительности.

2. Соединительная оболочка.

а) Литературныя данныя.

Болѣе точнымъ описаніемъ измѣненій соединительной оболочки при проказѣ мы обязаны Borthen'у. До него авторы преимущественно занимались конъюнктивой глазного яблока, конъюнктивѣ же вѣкъ они удѣляли весьма мало мѣста въ виду того, что она, по мнѣнію ихъ, специфически не заболѣваетъ. Особенное вниманіе изслѣдователи обращали на корнеосклеральныя лепромы, которыя будто представляли разрощенія конъюнктивы. Но послѣдующіе авторы, благодаря точнымъ изслѣдованіямъ, были въ состояніи доказать, что упомянутыя лепромы лежатъ подъ конъюнктивой и что послѣдняя поражается здѣсь лепрознымъ процессомъ только вторично. Къ такому же выводу, впрочемъ, пришли уже Roeser и Hansen и Bull, но о нихъ рѣдко кто упоминаетъ. Теперь займемся первичными заболѣваніями соединительной оболочки и рассмотримъ ихъ при каждой формѣ проказы въ отдѣльности.

Lepra tuberosa. — Анемія, гиперемія, катарральное воспаленіе и новообразованія -- обыкновенныя явленія, встрѣчаемыя при бугристой проказѣ на конъюнктивѣ (Borthen). У 89 больныхъ, специально изслѣдованныхъ Borthen'омъ на измѣненія конъюнктивы, послѣдняя 6 разъ оказалась анемичной, 39 разъ гиперемированой и въ 20 случаяхъ можно было констатировать катарральное воспаленіе. Анемія, по мнѣнію автора, служить признакомъ сильной исхудалости и слабости организма.

Иногда конъюнктива вѣкъ принимаетъ желтовато-бурый оттѣнокъ (Rampoldi, Borthen), свойственный лепрозно пораженнымъ тканямъ. Что касается гипереміи и катарра, то они ничего характернаго для проказы не представляютъ и почти во всѣхъ случаяхъ удается найти ихъ причину. Одной изъ самыхъ частыхъ считаютъ анестезію, которая постоянно встрѣчается при пятнистой проказѣ на конъюнктивѣ вѣкъ, а при узловатой рѣдко отсутствуетъ (Lopez). Далѣе, причиной катарра служатъ lagophthalmus, ectropium и опухоли. Съ первыми тремя факторами, равно и ихъ слѣдствіями мы еще встрѣтимся при пятнистой проказѣ.

Вопросъ относительно опухолей конъюнктивы глазного яблока рѣшенъ въ настоящее время въ томъ смыслѣ, что первичность ея заболѣванія отрицается всѣми, за исключеніемъ развѣ только Babes'a, который однако, какъ видно изъ новѣйшей его работы, уже отчасти присоединяется къ мнѣнію другихъ изслѣдователей.

Что же касается конъюнктивы вѣкъ, то не говори о многихъ мелкихъ работахъ, даже такіе компетентные ученые, какъ Danielssen и Boeck, Hansen и Bull, а изъ новѣйшихъ Jeanselme и Morax ничего о ней не упоминаютъ, а Wolff'у прямо кажется непонятнымъ, почему конъюнктива вѣкъ не заболѣваетъ аналогично другимъ слизистымъ оболочкамъ; онъ специально изслѣдовалъ конъюнктиву всѣхъ своихъ больныхъ, и ничего особеннаго не находилъ.

Помимо этихъ отрицательныхъ данныхъ въ литературѣ встрѣчаются и другого рода наблюденія. Такъ, Rungel въ своей статьѣ о болѣзняхъ глазъ въ Египтѣ посвящаетъ также нѣсколько словъ лепрозной офталміи, которая будто характеризуется узлами на краяхъ вѣкъ, въ области Мейбоміевыхъ железъ и на всей конъюнктивѣ. Poncet (de Cluny) упоминаетъ о грануліціяхъ, отличающихся отъ трахоматозныхъ, а Carosi о бугоркахъ на конъюнктивѣ вѣкъ и роговицѣ, имѣющихъ большее сходство съ трахоматозными. Опредѣленіе этихъ краткихъ общихъ замѣтокъ, сдѣланныхъ отчасти и не офталмологами,

высказываются уже Azavedo Lima и Pollock. Первый въ двухъ случаяхъ, разъ на конъюнктивѣ верхняго, а разъ на конъюнктивѣ нижняго вѣка, могъ констатировать узелки желтоватаго цвѣта, напоминавшіе ксантелазму. Они мало выдавались надъ поверхностью и имѣли плоскую форму; на нижнемъ вѣкѣ они были въ состояніи изъязвленія. Въ случаѣ Pollock'a узлы были мелкіе, круглой формы, слегка возвышенные съ шероховатой поверхностью и немного блѣднѣе, чѣмъ окружающая ихъ ткань; они имѣли сходство съ бугорками въ другихъ органахъ. У націента съ обѣихъ сторонъ помимо того имѣлся сильный lagophthalmus съ тяжелой гнойно-серозной секреціей. Подобные бугорки имѣлись одновременно и на неприкрытой изъязвленной конъюнктивѣ яблока. Далѣе слѣдуетъ работа Гуляницкаго, который въ пяти случаяхъ на конъюнктивѣ вѣкѣ видѣлъ желтовато-бѣлыя бляшки въ $\frac{1}{2}$ —1 милл. въ поперечникѣ, съ немного вогнутой мелко бугристой поверхностью. Конъюнктива въ окрестности этихъ пятенъ, приблизительно на пространствѣ въ $\frac{1}{2}$ кв. смт. находилась въ состояніи хроническаго катарра. Принимая во вниманіе частую симметричность въ расположеніи этихъ бляшекъ, пониженіе чувствительности на нихъ и отсутствіе сходства съ какими либо другими измѣненіями конъюнктивы, авторъ склоненъ ихъ отнести къ числу специфическихъ образований. Для полноты упомянемъ еще о бѣлыхъ пятнышкахъ, которые видѣли разъ Vossius и Azavedo Lima. Авторы этимъ измѣненіямъ никакого значенія не придаютъ и упоминаютъ о нихъ только мелькомъ въ своихъ исторіяхъ болѣзни.

Этими довольно неопредѣленными свѣдѣніями ограничивалось еще до послѣдняго времени все ученіе о новообразованияхъ конъюнктивы вѣкѣ, пока не явилась работа Borthen'a, пролившая другой свѣтъ въ этомъ направленіи. По мнѣнію Borthen'a, опухоли конъюнктивы встрѣчаются не часто; ему приходилось ихъ наблюдать 10 разъ на 89 челочѣкъ. Всегда онъ получалъ впечатлѣніе, что процессъ переходилъ на нее изъ глубокихъ частей, и потому онъ приходитъ къ заключенію,

что самостоятельныхъ заболѣваній конъюнктивы не существуетъ. Подтверждается это предположеніе болѣе новой работой Neve, который на 80 больныхъ три раза встрѣчалъ въ конъюнктивѣ узлы, берущіе свое начало изъ толщи вѣкѣ.

Величина лепромъ можетъ сильно колебаться, отъ весьма мелкаго инфильтрата до порядочной опухоли. Такъ, Borthen описываетъ новообразование, имѣвшее въ длину 15 милл., въ ширину 5 милл. и въ толщину 1 милл. Цвѣтъ этихъ лепромъ обыкновенно сѣровато-бѣлый, поверхность ихъ ровная; могутъ встрѣчаться онѣ на какомъ угодно мѣстѣ конъюнктивы, все зависить отъ расположенія инфильтрата въ самомъ вѣкѣ, но излюбленной локализацией опухолей поведому опять является свободный край вѣкѣ. Онѣ никогда не представляются въ видѣ обычнаго бугра, но вслѣдствіе постоянного давленія вѣка на яблоко принимаютъ форму уплощенныхъ образований. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наблюдается нѣсколько лепромъ, и тогда онѣ выступаютъ въ видѣ отдѣльныхъ милиарныхъ бугровъ. Исчезаютъ опухоли путемъ рассасыванія, оставляя за собою атрофическія рубцовыя пятна перламутроваго цвѣта. Иногда же опухоли изъязвляются, и тогда обыкновенно получается болѣе или менѣе звѣздообразный рубецъ, принимающій также въ послѣдствіи упомянутый перламутровый цвѣтъ. Искривленія вѣкѣ не наблюдается, и потому прогнозъ опухолей долженъ считаться довольно благоприятнымъ. Появляются лепромы на конъюнктивѣ вѣкѣ въ началѣ проказы, регрессивные процессы въ нихъ наступаютъ довольно скоро, и уже по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ начала болѣзни удается только констатировать слѣды бывшихъ новообразований (Borthen).

Изъ всего сказаннаго мы видимъ, что число авторовъ, описывающихъ самостоятельныя измѣненія на конъюнктивѣ вѣкѣ не велико, и данныя, представленныя ими, не весьма сходятся. Указанія Pruner'a, Poncet и Karosi являются слишкомъ недостаточными, чтобы имъ можно было придать какое-нибудь особое значеніе. Къ случаю Pollock'a слѣдуетъ относиться довольно скептически, подобныя грануляціи и язвочки на конъюнктивѣ вѣкѣ и яблока весьма легко могли быть вызваны

сильнымъ выворотомъ, въ пользу чего говорить расположеніе и видъ грануляцій съ тяжелой гнойно-серозной секреціей. Измѣненія, которыя намъ представилъ Гуляницкій, не могутъ быть признаны за лепромы, и если бы они оказались лепрозного происхожденія, то они были бы единственными наблюдавшимися въ этомъ родѣ. Относительно бѣлыхъ пятенъ Vossius'a и Azavedo Lima ничего положительнаго сказать нельзя; пожалуй, это рубцы, о которыхъ упоминаетъ Borthen, но, по отсутствію всякихъ болѣе точныхъ данныхъ, было бы рискованно дѣлать о нихъ какое-нибудь заключеніе. Слѣдовательно, изъ всѣхъ изслѣдователей только трое (Azavedo Lima, Borthen, Neve) приводятъ намъ болѣе или менѣе общіе результаты, сходные съ измѣненіями на другихъ слизистыхъ оболочкахъ при проказѣ; при чемъ у двухъ послѣднихъ авторовъ процессъ всегда бралъ свое начало изъ глубокихъ частей вѣкъ и только вторично поражалъ конъюнктиву. Здѣсь уместно упомянуть о заявленіи Uhthoff'a, сдѣланномъ по поводу доклада Schäffer'a¹⁾. Uhthoff, осматривая прокаженныхъ въ Рижской лепрозоріи, видѣлъ у одного больного на нижней переходной складкѣ обоихъ глазъ симметрично расположенное значительно выдающееся разрощеніе соединительной оболочки въ видѣ гребешка, которое авторъ по его своеобразному виду считаетъ за лепрозное новообразование.

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ мы видимъ, что самостоятельныхъ новообразованій конъюнктивы вѣкъ и яблока не существуетъ; вторично послѣдняя заболѣваетъ иногда, тогда какъ первая захватывается лепрознымъ процессомъ крайне рѣдко.

Lepra maculo-anaesthetica. — При этой формѣ проказы конъюнктива весьма часто представляетъ отклоненія отъ нормы. Встрѣчающіяся здѣсь измѣненія состоятъ, какъ при *Lepra tuberosa*, въ анеміи, гипереміи и катаррѣ. Первая встрѣчается довольно рѣдко, и причина ея та-же, что при бугристой проказѣ. Гиперемія наблюдается часто уже

съ самого начала болѣзни, а въ болѣе позднихъ стадіяхъ проказы она рѣдко отсутствуетъ. Катарръ обыкновенно служитъ дальнѣйшею ступенью гипереміи, появляется онъ сперва подъ видомъ остраго воспаленія, которое обыкновенно переходитъ въ хроническое. Какъ въ этомъ, такъ и другомъ состояніи катарръ ничего особеннаго не представляетъ, мы имѣемъ картину обыкновеннаго конъюнктивита (Borthen). Наиболѣе частую причину его Lopez видитъ въ пораженіи чувствительности. Вслѣдствіе появившейся анестезіи конъюнктивы, особенно если она сопровождается еще нечувствительностью роговицы, глазъ теряетъ возможность реагировать на всякія вредныя вліянія извнѣ путемъ рефлекса, почему образуется мало по малу хроническій конъюнктивитъ, который не поддается никакому лѣченію (Lopez).

Другой не менѣе частой причиной конъюнктивита бываетъ *ectropium*. Это самые тяжелые конъюнктивиты, нерѣдко сопровождающіеся сильной серозно-гнойной секреціей, при постоянномъ участіи конъюнктивы яблока и протекающіе иногда подъ видомъ настоящей бленорреи. Въ такомъ бленорройномъ состояніи глаза пребываютъ долгое время, даже цѣлыми годами, и если одновременно при разрушенной роговицѣ существуютъ гиперемія и опуханіе эписклеры, то глазъ получаетъ видъ, скорѣе всего напоминающій кусокъ сырого мяса. Означенная картина, къ сожалѣнію, наблюдается нерѣдко. Съ наступленіемъ регрессивныхъ измѣненій гиперемія раньше всего начинается проходить на яблокѣ, которое къ тому времени уже обыкновенно атрофировано. Конъюнктива вѣкъ напротивъ еще долго продолжаетъ оставаться красной и отдѣлять гнойный секретъ, изъ котораго образуются корки, отлагающіяся обыкновенно на мѣстѣ разрушенной роговицы (Borthen). Наконецъ, гиперемія начинаетъ проходить и на вѣкахъ, секреція исчезаетъ, конъюнктива становится сухой и наступаетъ полная ея атрофія; послѣдней одновременно подвергаются и всѣ остальные части вѣкъ. Въ дальнѣйшемъ атрофія сопровождается сильнымъ сморщиваніемъ вѣкъ и конъюнктивальнаго мѣшка.

1) Allg. Medic. Central-Zeitung. 1899. Nr. 35, p. 421. Ueber einige Fälle von Lepra.

Глазная щель вследствие сильного сморщивания векъ стоитъ почти совершенно открытой, отверстія слезныхъ канальцевъ и карункула исчезли, конъюнктивѣ кажется блѣдной и сухой, а роговица, если она вообще еще существуетъ, представляется мутной, лишенной всякаго блеска и имѣющей настоящій пергаментообразный видъ (Danielssen и Воеск и др.). Здѣсь я долженъ однако замѣтить, что такія сильныя анатомическія измѣненія соединительной оболочки и векъ, конечно, не вызываются катарромъ, какъ таковымъ, а являются послѣдствіемъ сопутствующихъ ему трофическихъ разстройствъ тканей, такъ часто наблюдаемыхъ особенно при этой формѣ проказы.

Borthen въ своей работѣ обращаетъ вниманіе на особый родъ конъюнктивита, встрѣчающійся чаще всего при lagophthalmus'омъ подъ роговицей, т. е. въ томъ мѣстѣ, которое вследствие паралича m. orbicularis остается неприкрытымъ. Эта „infra- und perikorneale Conjunctivitis“, какъ ее называетъ авторъ, начинается обыкновенно легкой инъекціей сосудовъ въ нижнемъ отдѣлѣ conjunctivae bulbi. Скоро при возрастающей гипереміи поражается и эпителий; на немъ образуются точечные или еще большихъ размѣровъ дефекты. Иногда явления ограничиваются только совершенно малымъ участкомъ подъ роговицей, чаще у ея внутренняго квадранта, въ другихъ же случаяхъ процессъ занимаетъ всю нижнюю половину глаза, простираясь до обоихъ угловъ глазной щели. Нерѣдко заболѣваетъ и эписклеральная ткань, появляется гнойно-серозная секретія, и получается исходъ, подобный описанному при тяжелыхъ формахъ конъюнктивита. Обыкновенно признаваемыя за причины катарра — пониженіе чувствительности, паралитическое состояніе векъ, недостаточное омываніе глаза слезами, по мнѣнію Borthen'a, не вполне объясняютъ возникновеніе означеннаго конъюнктивита. Этиологическій моментъ послѣдняго слѣдуетъ искать въ заболѣваніи сосудистаго тракта: всѣ случаи инфракорнеального конъюнктивита одновременно сопровождались острымъ или хроническимъ иритомъ resp. иридоциклитомъ. Когда, благодаря этимъ внутриглазнымъ заболѣваніямъ,

жизненная сила въ подроговичной области будетъ понижена, тогда только всякаго рода внѣшніе моменты весьма легко будутъ въ состояніи здѣсь вызвать упомянутыя разстройства, которыя, какъ утверждаетъ Borthen, никогда не наступаютъ, при отсутствіи глубоколежащаго воспаленія. По излѣченіи послѣдняго, тяжелый инфракорнеальный конъюнктивитъ можетъ пройти, хотя lagophthalmus и ectropium будутъ существовать по прежнему.

б) Собственные изслѣдованія.

Neve, изслѣдовавшій 80 прокаженныхъ въ Кашмирѣ, странѣ богатой трахомой, только у двухъ больныхъ могъ констатировать послѣднюю. Авторъ повидимому придаетъ этому факту нѣкоторое значеніе. И съ своей стороны склоненъ объяснить это обстоятельство случайностью: изъ моихъ 251 больного 30 человекъ, почти 12%, страдали трахомой или по крайней мѣрѣ имѣли слѣды ея. По этой же причинѣ, для избѣжанія всякихъ недоразумѣній, я изслѣдовалъ на измѣненія конъюнктивы только 141 пациента съ бугристой формой, 77 съ пятнистой и 3 съ неопредѣленной.

Lepra tuberosa. — При изслѣдованіи 141 больного конъюнктивѣ оказалась измѣненной у 51 человека, т. е. въ 36,17%, 25 разъ у мужчинъ (37,68%) и 26 у женщинъ (34,72%). Измѣненія преимущественно состояли въ гипереміи, анеміи и катаррѣ.

У 30 пациентовъ можно было констатировать болѣе или менѣе выраженную гиперемію конъюнктивы векъ, десять разъ одновременно существовала и нѣкоторая гиперемія conjunctivae bulbi. Только въ шести случаяхъ нельзя было найти predisposinga момента, въ прочихъ всегда существовали lagophthalmus, ectropium, анестезія, эписклеральныя опухоли, или каждый изъ этихъ факторовъ въ отдѣльности, или ихъ было на лицо нѣсколько.

Анемія наблюдалась у двухъ больныхъ довольно исхудалыхъ, у которыхъ бугристая форма уже усиѣла перейти въ

анэстетическую (*Lepra tuberoso-anaesthetica*), у обонх конъюнктивы уже имѣла упомянутый выше желтовато-бурый оттѣнокъ. Последній можно было констатировать еще у третьяго паціента, у котораго конъюнктивы имѣла нормальную инъекцію. У одного изъ первыхъ двухъ больныхъ съ анемичными конъюнктивами существовала еще довольно значительная секреція; подобные конъюнктивиты съ довольно сильно выраженной секреціей, при отсутствіи всякой гипереміи, наблюдалъ Borthen при *Lepa maculo-anaesthetica*. Явленія катарра, преимущественно хроническаго, можно было констатировать у 14 больныхъ; у трехъ отчасти была затронута и *conjunctiva bulbi*; въ четырехъ случаяхъ конъюнктивита слизистая имѣла бархатистый видъ, а въ трехъ уже началось сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка. Только у двухъ паціентовъ нельзя было найти предрасполагающаго момента для катарра. У всѣхъ больныхъ картина гипереміи и катарра ничѣмъ не отличалась отъ обыкновенно наблюдаемой. Весьма возможно, что большинство конъюнктивитовъ при проказѣ суть явленія вторичныя, вызванныя разстройствами, одновременно съ ними встрѣчающимися (*ectropium*, анэстезія и т. д.); для окончательнаго рѣшенія даннаго вопроса мы покуда нуждаемся въ болѣе подробныхъ патолого-анатомическихъ и бактериологическихъ изслѣдованіяхъ.

Двое изъ паціентовъ имѣли птеригіи, далѣе я наблюдалъ ихъ еще у трехъ больныхъ, которые по причинѣ трахомы были исключены изъ числа изслѣдуемыхъ. Объ этихъ образованіяхъ при проказѣ упоминаетъ Lopez, видѣвшій ихъ у своихъ 45 больныхъ 7 разъ.

Что касается лепромъ соединительной оболочки вѣкъ, то я при тщательномъ изслѣдованіи моихъ 157 больныхъ ихъ не наблюдалъ; конечно, я не считаю случая № 206, гдѣ новообразованія сидѣли на свободныхъ краяхъ вѣкъ и до нѣкоторой степени захватывали и конъюнктиву Пятенъ Гуляницкаго мнѣ также не посчастливилось видѣть. Въ одномъ только случаѣ (№ 27) на конъюнктивѣ лѣваго нижняго вѣка на границѣ средней трети съ внутренней былъ виденъ старый бѣлый рубецъ,

простиравшійся отъ переходной складки почти до свободнаго рѣсничнаго края вѣка, съ полной анэстезіей и аналгезіей. Сидѣла ли здѣсь когда-нибудь опухоль, сказать нельзя, хотя паціентка это и утверждала. Итакъ, на основаніи своихъ изслѣдованій надъ матеріаломъ, превосходящимъ по числу больныхъ матеріалъ всѣхъ другихъ авторовъ, работавшихъ по этому вопросу, я долженъ прійти къ такому же заключенію, къ какому меня привело изученіе литературы вопроса: самостоятельныхъ новообразованій конъюнктивы при проказѣ не бываетъ; вторично *conjunctiva bulbi* захватывается ими иногда¹⁾, *conjunctiva palpebrarum* крайне рѣдко.

Измѣненіемъ чувствительности соединительной оболочки авторы почти совершенно не занимаются, они упоминаютъ объ анэстезіи, какъ объ этиологическомъ моментѣ для возникновенія гипереміи, катарра и т. д. При изученіи чувствительной сферы мнѣ помимо всѣхъ трахоматозныхъ пришлось исключить еще 11 человѣкъ, самыхъ неинтеллигентныхъ и не пользовавшихся моимъ довѣріемъ; осталось такимъ образомъ для изслѣдованія 130 человѣкъ (67 муш. и 63 женщ.). У 26 человѣкъ (14 муш. и 12 женщ.) можно было констатировать измѣненіе чувствительности со стороны соединительной оболочки, т. е. въ 20%. Пользѣ видимо никакой роли здѣсь не игралъ.

Тщательное изученіе измѣненной чувствительности соединительной оболочки, роговицы и кожи вѣкъ привело меня къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Всякое пониженіе чувствительности на роговицѣ сопровождается также пониженіемъ ея на соединительной оболочкѣ вѣкъ и яблока.

2) При разстройствахъ чувствительности на соединительной вѣкъ и яблока и на роговицѣ, явленія всегда сильнѣе выражены на конъюнктивѣ вѣкъ и слабѣе всего на роговицѣ, на которой разстройство никогда не доходило до полной анэстезіи, тогда какъ въ прочихъ частяхъ она замѣчалась неоднократно.

¹⁾ О лепромахъ *conj. b.* см. ниже въ главѣ объ эпиклерѣ.

3) Чувствительность повидимому раньше всего исчезает на конъюнктивѣ вѣкъ и дольше всего остается неизмѣненной на роговицѣ. — Анэстезія вѣкъ, конъюнктивы и роговицы нерѣдко констатируется при тяжелыхъ формахъ лепры глаза, но по состоянію чувствительности нельзя судить о тяжести случая.

Lepra maculo - anaesthetica. — При изслѣдованіи 77 больныхъ соединительная оболочка оказалась измѣненной въ 34 случаяхъ, т. е. въ 44,15%, немного чаще, чѣмъ при бугристой формѣ. Какъ при этой, такъ и при пятнистой формѣ полъ въ патологіи конъюнктивы очевидно значенія не имѣетъ: у мужчинъ она была поражена въ 42%, у женщинъ въ 45%.

При *Lepra maculo-anaesthetica* измѣненія почти исключительно ограничивались катарральными состояніями всевозможной степени, начиная отъ легкой инъекціи конъюнктивы вѣкъ и кончая картиной, которая наблюдается какъ исходъ тяжелыхъ бленнорройно - подобныхъ воспаленій. Простую гиперемію можно было констатировать въ 14 случаяхъ, 5 разъ она осложнялась гипереміей со стороны конъюнктивы яблока. Въ катарральномъ состояніи находилась конъюнктива вѣкъ у 19 больныхъ, 10 разъ принимала болѣе или менѣе участіе также *conjunctiva bulbi*. У одного паціента конъюнктивы были въ сильной степени анемичны: тотъ же больной и еще другой, страдавшій гипереміей, имѣли птеригія, при пораженной чувствительности на конъюнктивѣ вѣкъ и яблока.

Тогда какъ при *Lepra tuberosa* мы почти всегда находили предрасполагающіе моменты для возникновенія гипереміи, катара и т. д., при *Lepra maculo-anaesthetica* они довольно часто отсутствовали. Въ 12 случаяхъ т. е. въ 35% нельзя было констатировать ни *lagophthalmus'a*, ни анэстезіи, ни другихъ какихъ либо причинъ. Напротивъ, 11 разъ существовалъ *lagophthalmus* (36%), у пяти больныхъ осложненный даже выворотомъ, при отсутствіи всякаго конъюнктивита. При пониженной чувствительности отсутствіе катара можно было констатировать только у трехъ больныхъ (16%); слѣдовательно, при анэстезіи конъюнктива рѣже оставалась здоровой, чѣмъ

при *lagophthalmus'ѣ*. Во всѣхъ же 10 случаяхъ, въ которыхъ одновременно существовали *lagophthalmus* и измѣненія чувствительности, конъюнктива всегда была больна.

Тенерь перейдемъ къ разсмотрѣнію таеъ называемаго инфра- и перикорнеальнаго конъюнктивита Borthen'a. У всѣхъ десяти больныхъ, у которыхъ пораженіе конъюнктивы яблока болѣе или менѣе походило на картину, упоминаемую Borthen'омъ, одновременно существовалъ *lagophthalmus*. Только въ четырехъ случаяхъ можно было констатировать иритъ или слѣды бывшаго его существованія, обстоятельство, заставляющее насъ во всякомъ случаѣ высказать свое сомнѣніе относительно той роли, которую приписываетъ этотъ авторъ сосудистому тракту при возникновеніи означеннаго заболѣванія. Если принять иритъ или придоцклитъ за основную причину, а остальные факторы (*lagophthalmus*, анэстезію, недостаточное омываніе глаза слезами) за моменты, только располагающіе къ заболѣванію извѣстной части конъюнктивы глазного яблока, то для насъ является совершенно непонятнымъ, почему подобные ограниченные конъюнктивиты у Borthen'a встрѣчаются только при *lagophthalmus'ѣ*, а не напр. при анэстезіи. И это тѣмъ болѣе удивительно, когда мы знаемъ теперь, что при послѣдней гораздо чаще, чѣмъ при *lagophthalmus'ѣ* заболѣваетъ конъюнктива. Предположеніе Borthen'a, будто при болѣзняхъ сосудистаго тракта *locus minoris resistentiae* слѣдуетъ искать въ подроговичной области, мнѣ кажется слишкомъ смѣлымъ и немотивированнымъ.

Въ виду того, что этотъ родъ конъюнктивита встрѣчается только при *lagophthalmus'ѣ* и начинается у внутренняго нижняго квадранта роговицы, т. е. въ томъ мѣстѣ именно, которое прежде всего при этой болѣзни становится доступнымъ внѣшнимъ вліяніямъ, то я прихожу къ заключенію, что „infra- und perikorneale Conjunctivitis“ въ смыслѣ Borthen'a подлежитъ сомнѣнію. Къ тому же означенный конъюнктивитъ можетъ появляться помимо ирита resp. придоцклита. Всѣ эти случаи хорошо объясняются *lagophthalmus'омъ*, какъ первичной

причиной. Что процессъ можетъ усиливаться при иритахъ или продоциклитахъ, нерѣдко сопровождающихъ тяжелыя формы lagophthalmus'a, и ослабѣвать по излѣченіи ихъ, въ этомъ, конечно, не можетъ быть никакого сомнѣнія.

Чувствительность была изслѣдована у 71 больного (24 муш. и 47 женщ.); она оказалась измѣненной у 18 человѣкъ, у муш. въ 38%, у женщ. въ 20%. Итакъ, процентъ пораженія чувствительности у послѣднихъ равенъ найденному при *Lepa tuberosa*, для муш. же онъ оказался почти вдвое большимъ.

Результаты моихъ изслѣдованій относительно измѣненій чувствительности при этой формѣ проказы вполне совпадаютъ въ остальномъ съ приведенными по этому же вопросу при бугристой проказѣ. Слѣдуетъ только замѣтить, что чувствительность при *Lepa maculo-anaesthetica* страдаетъ еще чаще и сильнѣе, чѣмъ при бугристой проказѣ, при чемъ на роговицѣ дѣло нерѣдко доходитъ до полной анестезіи, тогда какъ при узловатой формѣ мы этого не наблюдали.

3. Эписклера и склера.

а) Литературныя данныя.

Въ предыдущей главѣ, когда шла рѣчь о новообразованіяхъ конъюнктивы глазного яблока, мы вкратцѣ коснулись вопроса о такъ называемыхъ корнеосклеральныхъ лепромахъ. Сравнительно большая частота ихъ, своеобразный видъ, извѣстная локализція уже съ самого начала ученія о проказѣ стали обращать вниманіе изслѣдователей на эти образованія, которыя долго считались единственнымъ заболѣваніемъ глаза при проказѣ; такого мнѣнія о нихъ былъ еще Sylvester въ 1870 году. Взглядъ на строеніе этихъ опухолей въ началѣ существенно отличался отъ господствующаго теперь. Такъ Wolff считалъ ихъ за стафиломы (*staphyloma sarcomatosum*), а Meyer и Berger приняли корнеальную лепрому за лейкосаркому. Многие авторы, признавая специфическій характеръ этихъ новообразованій, впали въ ошибку относительно ихъ локализціи, относи ихъ происхожденіе на счетъ конъюнктивы яблока. О ложности послѣдняго взгляда у насъ была уже рѣчь въ предыдущей главѣ.

Настоящее строеніе и значеніе корнеосклеральныхъ лепромъ выяснили впервые Hansen и Bull. По ученію ихъ, съ которымъ соглашаются и всѣ новѣйшіе изслѣдователи, корнеосклеральныя опухоли или паракорнеальныя, какъ ихъ называетъ Гуляницкій въ стадіи, когда новообразованіе еще не перешло на роговицу, эписклеральнаго происхожденія. Обыкновенно опухоли не остаются строго эписклеральными, распространяясь нерѣдко на сосѣднія ткани. Онѣ часто переходятъ

на роговицу, къ чему мы еще вернемся ниже, и на конъюнктиву. Последняя поражается ими гораздо рѣже, и только въ томъ случаѣ, когда новообразование растетъ скоро (Hansen и Bull). Тогда на соединительной оболочкѣ видна инъекція и утолщеніе самой слизистой, а подъ конецъ только сращеніе ея съ опухолью, тогда какъ раньше конъюнктивна была легко подвижна надъ новообразованиемъ. Эта легкая подвижность служить лучшимъ доказательствомъ того, что о первичномъ заболѣваніи конъюнктивы не можетъ быть и рѣчи (Гуляницкій).

Что касается склеры, то она поражается гораздо чаще конъюнктивы. Въ виду особеннаго расположенія составныхъ элементовъ первой и необычной стойкости ихъ, склера долгое время противостоитъ востанію новообразования. Востаніе опухоли въ склеру происходитъ или путемъ разрушенія поверхностныхъ склеральныхъ пластинокъ элементами лепрозной ткани; отчего происходитъ постепенное утонченіе твердой оболочки, хотя процессъ разрушенія обыкновенно не идетъ далѣе наружной половины всей ея толщи; или же лепрозные элементы начинаютъ проростать склеру въ видѣ отдѣльныхъ отростковъ, идущихъ вглубь по ея соковымъ канальцамъ или по лимфатическимъ путямъ, окружающимъ сосуды. Въ последнемъ случаѣ отростки нерѣдко достигаютъ сосудистой оболочки; лепрозная ткань, находя здѣсь удобную почву, опять начинаетъ расти и развиваться (Lie).

Далѣе, склера можетъ быть поражена еще со стороны глубокихъ частей; узлы Шлемова канала, радужки, рѣсничнаго тѣла, распространяясь далѣе, могутъ перейти на склеру и дать такимъ образомъ начало лепроному склериту (Hansen и Bull).

Первичнаго заболѣванія склеры авторы при лепрѣ не наблюдали (Voescmann). Нѣкоторые упоминаютъ о грязновато-сѣромъ цвѣтѣ склеры при проказѣ, такъ въ случаѣ Borthen'a бѣлокъ глаза совершенно напоминалъ картину при argyrosis conjunctivae. Объясняется такое явленіе, по Hansen'у и Bull'ю, продолжительной гипереміей, вызываемой эписклеральными опухолями.

Эписклера, какъ видно изъ статистики Гуляницкаго и Borthen'a, заболѣваетъ при проказѣ довольно часто, у перваго автора она была поражена въ 41%, у второго въ 53%. Иногда болѣзнь начинается у лимба болѣе или менѣе ограниченной гипереміей, простирающейся на сосуды конъюнктивы или эписклеры; нерѣдко замѣчается инъекція въ обѣихъ тканяхъ. Часто гиперемія совершенно отсутствуетъ, и первымъ признакомъ заболѣванія эписклеры служитъ желтое или буровато-желтое окрашивание субконъюнктивальной ткани у лимба. Наконецъ, означенное окрашивание эписклеры можетъ встрѣчаться совмѣстно съ гипереміей (Borthen). Изъ такой начальной стадіи развивается опухоль, но рѣдко подъ видомъ остраго воспаленія; иногда сопутствующая ей гиперемія служитъ единственнымъ признакомъ раздраженія. Если последняя отсутствуетъ, то заболѣваніе характеризуется только мало по малу увеличивающимся инфильтратомъ (Borthen). Инфильтраты обыкновенно плоски и имѣютъ наклонность увеличиваться скорѣе въ ширину, чѣмъ въ толщину (Meyer и Berger), но иногда они принимаютъ форму конуса. Начинается эписклеральная опухоль обыкновенно у лимба; только у Le-l'oir'a (Pl. I, Fig. 6) и Borthen'a мы встрѣчаемъ по одному случаю, гдѣ опухоль сидѣла на нѣкоторомъ разстояніи отъ лимба. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ лепромы локализируются у наружнаго нижняго квадранта роговицы, съ внутренней стороны онѣ появляются гораздо рѣже. Обыкновенно поражаются оба глаза на симметричныхъ мѣстахъ, причемъ степень развитія лепромъ на каждомъ глазу можетъ быть различная. Почему именно наружный нижній квадрантъ пользуется такимъ предпочтеніемъ, сказать трудно; по мнѣнію Borthen'a, здѣсь должна быть нѣкоторая аналогія съ покровами тѣла, которые также въ началѣ преимущественно заболѣваютъ въ мѣстахъ, наиболѣе подверженныхъ вліянію воздуха и температуры. Инфильтратъ, являющійся обыкновенно въ формѣ треугольника съ основаніемъ у лимба, рассылая вдоль послѣднаго свои отростки, можетъ принять довольно большіе

размѣры, а при благоприятныхъ условіяхъ въ видѣ кольцеобразной опухоли окружить даже всю роговицу. Иногда появляются одновременно нѣсколько узловъ, которые въ послѣдствіи могутъ соединиться въ одно цѣлое. Изъ работъ Meyer'a и Logand'a очевидно, что корнеосклеральныя лепромы всегда образуются изъ сліянія миллиарныхъ фликтеноподобныхъ бугорковъ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ инфильтратъ выступаетъ сразу вокругъ всей роговицы. Ширина инфильтрата у различныхъ частей лимба мѣняется, наибольшей онъ достигаетъ обыкновенно на мѣстѣ своего появленія, но до прикрѣпленія глазныхъ мышцъ не доходитъ (Borthen). Высота эписклерального узла иногда достигаетъ 4—5 милл.; при такой величинѣ смыканіе вѣкъ становится уже затруднительнымъ. Наибольшей высоты опухоль достигаетъ у лимба и здѣсь по направленію къ роговицѣ обыкновенно круто понижается, тогда какъ въ сторону склеры пониженіе идетъ довольно медленно. Масса лепромы довольно пластична. Нерѣдко на нихъ замѣтна борозда, по своему положенію соответствующая мѣсту соприкосновенія свободныхъ краевъ вѣкъ (Borthen). Иногда на опухоляхъ существуетъ измѣненіе чувствительности, такъ Рапас находилъ тактильную ослабленную въ мѣстахъ, гдѣ опухоль лежала въ роговицѣ, тогда какъ болевая въ его случаяхъ оказывалась неизмѣненной, о склеральной части лепромъ онъ ничего не говоритъ. Цвѣтъ лепромъ мѣняется въ зависимости отъ обстоятельствъ: въ стадіи развитія, при отсутствіи гипереміи, онъ кажется болѣе или менѣе блѣднымъ съ желтоватымъ или буровато-желтымъ оттѣнкомъ, къ которому при гипереміи присоединяется еще своего рода красноватый или фіолетовый тонъ, смотря по тому, преобладаетъ ли конъюнктивальная или рѣсничная инъекція. При дальнѣйшемъ развитіи цвѣтъ лепромъ становится все болѣе и болѣе желтымъ, такъ что наконецъ онъ по цвѣту получаютъ большое сходство съ зрѣлымъ ячменнымъ зерномъ. Въ стадіи обратнаго развитія отдѣльные узлы обыкновенно удерживаютъ желтую окраску, тогда какъ при болѣе развитой плоской инфильтраціи часто существуетъ красный или фіолетово-красный

цвѣтъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ обыкновенно встрѣчаются внутриглазныя заболѣванія, влекущія за собою болѣе или менѣе сильную рѣсничную инъекцію. По всасываніи опухолей, остается на мѣстѣ послѣднихъ грязновато-сѣрое окрашиваніе или онѣ исчезаютъ безслѣдно (Borthen).

Развиваются опухоли весьма медленно, иногда даже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ; вообще изрѣдка наблюдается сравнительно быстрый ихъ ростъ. На высшей ступени своего развитія онѣ могутъ оставаться продолжительное время безъ видимыхъ измѣненій. Исчезаютъ онѣ почти всегда путемъ рассасыванія и крайне рѣдко изъязвляются; сюда относятся, по Borthen'у, только тѣ случаи, когда извѣстный процессъ стъ роговичной части опухоли переходитъ на склеральную. Первымъ признакомъ наступившаго распада въ новообразованіи служить измѣненіе его поверхности; послѣдняя, раньше гладкая и блестящая, становится неровной и бугристой, появляются отдѣльныя углубленія, черезъ которыя, правда, въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ даже просвѣчивать пигментъ uveae. Опухоли исчезаютъ, какъ мы уже говорили, или безслѣдно, или оставляютъ за собою упомянутое грязновато-сѣрое окрашиваніе; въ этомъ мѣстѣ обыкновенно констатируется сращеніе конъюнктивы съ склерой.

Что касается прогноза, то эписклеральныя опухоли должны вообще считаться серьезнымъ заболѣваніемъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда лепрома ограничивается одной склерой resp. эписклерой и въ послѣдствіи подвергается процессу рассасыванія, предсказаніе можетъ считаться благоприятнымъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ вслѣдствіе истонченія склеры могутъ образоваться стафиломатозныя выпячиванія послѣдней (Voeskmann). Но какъ мы уже говорили, процессъ обыкновенно не остается строго эписклеральнымъ, онъ часто переходитъ на роговицу и сосудистый трактъ, и въ такомъ случаѣ, конечно, можетъ повести къ весьма печальнымъ послѣдствіямъ. Къ тому же лепромы имѣютъ склонность къ возврату, что еще болѣе ухудшаетъ прогнозъ.

При *Lepro maculo-anaesthetica* склеритъ и эписклеритъ не наблюдаются. Въ рѣдкихъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ такъ называемаго инфра- и перикорнеального конъюнктивита Borthen'a, иногда страдаетъ и субконъюнктивита, но никогда этотъ безусловно вторичный процессъ не ведетъ къ образованію опухолей эписклеры (Borthen).

б) Собственные изслѣдованія.

На измѣненія эписклеры и склеры были изслѣдованы всѣ 157 человекъ съ бугристой формой проказы, при чемъ эти оболочки оказались болѣе или менѣе инфильтрованными въ 29 случаяхъ, т. е. въ 18,5%. Процентъ заболѣванія, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ былъ одинаковъ. Большое разногласіе съ статистическими данными Гуляницкаго и Borthen'a относительно частоты эписклеральныхъ опухолей значенія не имѣетъ. Совершенно справедливо замѣчаютъ означенные авторы, особенно Borthen, что болѣе или менѣе подходящихъ къ истинѣ данныхъ едва ли можно получить въ виду того, что нерѣдко инфильтраты безслѣдно всасываются, и къ тому пациенты по своей неинтеллигентности или не знаютъ о бывшихъ страданіяхъ, или о нихъ совершенно забываютъ.

Изъ вышеупомянутыхъ 29 больныхъ, имѣвшихъ эписклеральныя лепромы, у 19 были паракорнеальныя и у 10 склерокорнеальныя опухоли. У 16 человекъ были поражены оба глаза, при чемъ 8 разъ можно было констатировать строгую симметричность въ расположеніи опухолей. У остальныхъ 13 больныхъ лепромы помѣщались девять разъ справа и четыре раза слѣва. Только у одного пациента (№ 181) лепрома повидимому не прилежала къ лимбу, между послѣднимъ и новообразованіемъ оставалось пространство въ одинъ милл. слишкомъ, не занятое инфильтратомъ, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ онъ непосредственно прилегалъ къ лимбу или переходилъ его. Располагались лепромы всегда съ наружной стороны роговицы, въ иныхъ случаяхъ опухоль переходила вдоль лимба и на внутреннюю половину. Инфильтратовъ, локализованныхъ исключительно на

этой сторонѣ, я не могъ констатировать. Что касается болѣе точной локализациіи лепромъ, то я на основаніи своего матеріала могу подтвердить мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ роговицы видятъ нѣкоторое предрасположеніе къ образованію опухолей. У 12 моихъ больныхъ новообразование сидѣло въ упомянутомъ мѣстѣ, при чемъ въ трехъ случаяхъ оно наблюдалось одновременно на обоихъ глазахъ; 9 разъ опухоль окружала всю наружную половину роговицы, у четырехъ больныхъ на обоихъ глазахъ; у 9 пациентовъ инфильтратъ помѣщался снаружи отъ роговицы по горизонтальному меридіану; два раза лепрома ограничивалась лимбомъ наружного верхняго квадранта. У одного больного инфильтратъ почкообразно окружалъ нижнюю половину роговицы, у другого послѣдняя вся была окружена кольцевиднымъ валомъ; въ двухъ случаяхъ подобное кольцо прерывалось у внутренняго верхняго квадранта, гдѣ инфильтратъ совершенно отсутствовалъ; у пациента № 18 лѣвая роговица съ обѣихъ сторонъ была окружена сѣрповидной желтоватой опухолью; соединяла сверху оба инфильтрата между собою буроватая кайма, которая вмѣстѣ съ тѣмъ служила доказательствомъ того, что здѣсь раньше имѣлось одно цѣлое, повидимому разъединившееся по случаю наступившаго регрессивнаго метаморфоза.

Во всѣхъ моихъ случаяхъ всегда существовала только одна опухоль; милліарныхъ фликтено-подобныхъ бугорковъ, о которыхъ упоминаютъ Meuer и Logand, мнѣ не приходилось наблюдать.

Изслѣдованные мною инфильтраты находились въ самыхъ различныхъ стадіяхъ развитія, начиная отъ еле замѣтнаго припуханія и кончая настоящими опухолями, въ ширину превосходившими 1 снт. и въ толщину имѣвшими также не меньше 1 снт. Чаше всего эписклера заболѣвала въ видѣ плоскаго инфильтрата, наибольшая высота котораго приходилась у лимба, здѣсь обыкновенно опухоль прекращалась крутымъ обрывомъ, между тѣмъ какъ по направленію къ склерѣ высота ея уменьшалась постепенно. Поверхность опухолей почти всегда была ровная, только въ одномъ случаѣ она представлялась сильно бугристой

(№ 215), а въ другомъ на лепромѣ было нѣсколько значительныхъ углубленій — признакъ наступившаго размягченія (№ 42).

Конъюнктива надъ опухольми, за исключеніемъ двухъ случаевъ, всегда была легко подвижна, тогда какъ опухоль сама оставалась неподвижной. Цвѣтъ лепромъ колебался въ предѣлахъ отъ свѣтло-желтаго до темно-бураго, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ясно выдавалась примѣсь грязновато-сѣраго цвѣта. У нѣкоторыхъ больныхъ существовалъ розоватый или фіолетово-красный оттѣнокъ, въ большинствѣ случаевъ сопутствовавшій пораженіемъ сосудистаго тракта: у пациента № 216 лепромы были мясисто-краснаго цвѣта.

Кромѣ того, у 14 другихъ больныхъ склера при отсутствіи инфильтрата была возлѣ лимба измѣнена въ цвѣтѣ. У двухъ изъ нихъ роговица вся оказалась окруженной узкой темнобурой каймой, у остальныхъ двѣнадцати это измѣненіе въ цвѣтѣ ограничивалось участками, соотвѣтствующими локализациі эписклеральныхъ опухолей. У трехъ больныхъ (№№ 217, 227, 242) имѣлась ограниченная конъюнктивальная и эписклеральная инъекціи въ видѣ треугольника съ основаніемъ у роговицы, а у остальныхъ девяти участки были нерѣзко ограничены, бураго цвѣта; на четырехъ изъ нихъ можно было констатировать еще пониженіе чувствительности. Предыдущіе три случая (№№ 217, 227 и 242), по моему мнѣнію, представляютъ стадію, предшествующую появленію эписклеральной опухоли; въ пользу чего говоритъ ихъ общій видъ, у пациента № 217 помимо того еще локализациі симметричная съ опухолью на другомъ глазу, а у № 242 прямое клиническое наблюденіе, гдѣ по истеченіи трехъ мѣсяцевъ на данномъ мѣстѣ образовалась опухоль. Бурья мѣста, судя по даннымъ литературы, должны быть ничто другое, какъ слѣды бывшихъ лепромъ, что подтверждается ихъ локализацией и измѣненіемъ чувствительности, а больше всего еще тѣмъ обстоятельствомъ, что подобные участки встрѣчались рядомъ съ опухолями регрессивнаго періода и составляли съ ними, какъ бы одно цѣлое. Упоминаемую авторами грязновато-сѣрую окраску склеры я видѣлъ только въ одномъ случаѣ.

Чувствительность на паракорнеальныхъ лепромахъ была только у двухъ больныхъ измѣнена (10%), разъ понижена, разъ она отсутствовала. На склерокорнеальныхъ опухоляхъ пораженіе чувствительности существовало у восьми больныхъ, т. е. въ 80%, въ одномъ случаѣ она совершенно отсутствовала, въ прочихъ она была ослаблена. 6 разъ одновременно существовала анестезія и на конъюнктивѣ, а въ 4 случаяхъ и на роговицѣ; у пациента № 97 можно было констатировать анестезію на роговичной части опухоли, тогда какъ на остальной роговицѣ чувствительность была нормальна. Наблюдавшаяся въ одномъ случаѣ (№ 164) рѣсничная стафилома вѣроятно всего должна быть рассматриваема, какъ слѣдствіе лепрознаго эписклерита.

4. Роговая оболочка.

а) Литературныя данныя.

Измѣненія роговицы играютъ въ патологіи проказы глаза выдающуюся роль, нерѣдко они бываютъ главной или даже единственной причиною упадка зрѣнія, а иногда и слѣпоты.

Особенно типичными и интересными являются эти измѣненія при *Lepra tuberosa*. Роговица при этой формѣ можетъ быть поражена двоякимъ образомъ, или въ видѣ поверхностнаго помутнѣнія („*superficial obscuration*“ по номенклатурѣ Hansen'a и Bull'я), или въ видѣ опухоли („*tuber*“ тѣхъ же авторовъ).

Чаще встрѣчается первая форма; по изслѣдованіямъ Воеск-шапп'а, $\frac{3}{4}$ больныхъ бугристой проказой страдаютъ глазами, и только $\frac{1}{6}$ этихъ несчастныхъ бываетъ пощажена „лепрознымъ кератитомъ.“ Существуютъ для него еще другія названія, какъ *raupus leprosus*, *leproma*; но наиболѣе подходящимъ мнѣ кажется терминъ, употребляемый Borthen'омъ, „*Keratitis punctata superficialis*“, дающій лучшее представленіе о картинѣ болѣзни и устраняющій возможную путаницу. Появленіе кератита не связано съ какимъ-либо моментомъ общаго заболѣванія, онъ можетъ обнаружиться въ весьма раннемъ періодѣ (Hansen и Bull) и весьма часто служитъ первымъ признакомъ страданія глаза (Borthen). Противоположнаго мнѣнія Lopez, который наблюдалъ лепрозный кератитъ только въ позднихъ стадіяхъ лепры. Начинается означенное заболѣваніе обычно-

венно одновременно на обоихъ глазахъ, а именно у лимба наружнаго верхняго квадранта. Въ упомянутомъ мѣстѣ образуется для невооруженнаго глаза чуть замѣтное сѣроватое помутнѣніе, которое, при изслѣдованіи луной и при боковомъ освѣщеніи, оказывается состоящимъ изъ отдѣльных совершенно поверхностно лежащихъ сѣроватыхъ точечныхъ инфильтратовъ. Послѣдніе могутъ быть расположены въ видѣ рядовъ, а иногда они такъ многочисленны, мелки и сѣчены, что роговица вся представляется, какъ бы опыленной мукою (Hansen и Bull). Появленіе кератита, равно и дальнѣйшее развитіе его не сопровождаются никакими реактивными явленіями, благодаря чему онъ не обращаетъ на себя вниманія ни врача, ни пациента; послѣднему кератитъ даетъ знать о себѣ только при переходѣ на область зрачка.

Инфильтраты въ благопріятномъ случаѣ могутъ всосаться, но, какъ правило, большіе оставляютъ послѣ себя слѣды въ видѣ точечныхъ милярныхъ рубцовъ съ слабо буроватымъ оттѣнкомъ (Borthen). Теченіе кератита весьма медленное; по прошествіи долгаго времени, иногда нѣсколькихъ лѣтъ, помутнѣніе начинаетъ увеличиваться, образуются опять новыя инфильтраты, подвергающіеся той же упомянутой участи. Такихъ приступовъ, смѣняемыхъ мирными періодами, можетъ быть весьма много, и каждый влечетъ за собою до извѣстной степени все большую потерю прозрачности роговицы. Къ счастью, кератитъ имѣетъ склонность распространяться по периферіи и въ рѣдкихъ случаяхъ переходитъ на центръ роговицы (Hansen и Bull), во всякомъ случаѣ помутнѣніе никогда не бываетъ столь сильнымъ, чтобы нельзя было узнать строенія и цвѣта радужной оболочки (Borthen). Въ болѣе позднихъ стадіяхъ процессъ, не органичиваясь поверхностными слоями, можетъ перейти и въ глубь роговицы; въ этомъ періодѣ лепрозный кератитъ получаетъ нѣкоторое сходство съ наренхиматознымъ, съ которымъ его сравниваютъ Lopez, Azavedo Lima и Jeanselme и Morax.

Цвѣтъ такихъ болѣе или менѣе распространенныхъ помутнѣній синевато-бѣлый, который по направленію къ центру роговицы становится все слабѣе, а у периферіи, особенно въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ, можетъ превратиться въ настоящій молочно-бѣлый, — картина, напоминающая по Hansen'у и Bull'ю, Philippsen'у и др. геронтоксонъ, съ той разницей, что характерная для него прозрачная часть роговицы между нимъ и лимбомъ отсутствуетъ.

Если изслѣдовать такую роговицу при помощи луны и бокового освѣщенія, то периферическая часть ея, мѣсто первоначальнаго появленія кератита, представляется совершенно диффузно помутненной, дальше отъ периферіи роговицы помутнѣніе состоитъ изъ отдѣльных болѣе или менѣе диффузно ограниченныхъ точекъ, лежащихъ совершенно близко другъ къ другу и кое-гдѣ сливающихся въ точки большихъ размѣровъ или въ помутнѣнія въ видѣ штриховъ; еще ближе къ центру встрѣчаются только одиночныя чуть замѣтныя точки, раздѣленные прозрачными мѣстами роговицы. Иногда приходится наблюдать васкуляризацию, берущую свое начало изъ конъюнктивальныхъ или эписклеральныхъ сосудовъ, но въ общемъ она бываетъ слабо выражена и по большей части ограничивается периферіей (Гуляницкій). Эпителий во всѣхъ случаяхъ оказывается незатронутымъ, только Jeanselme и Mogaхъ упоминаютъ объ одномъ случаѣ съ эпителиальными эрозіями.

Что касается предсказанія при лепрозномъ кератитѣ, то авторы здѣсь расходятся. По мнѣнію Borthen'a оно должно быть въ общемъ хорошее въ виду того, что въ легкихъ случаяхъ помутнѣніе можетъ пройти безслѣдно, а болѣе тяжелые особенно сильнаго упадка зрѣнія не влекутъ за собою. Если таковой и наблюдается, то это зависитъ отъ другихъ заболѣваній глаза, преимущественно отъ пораженія сосудистаго тракта, которое сопутствуетъ болѣе тяжелымъ формамъ точечнаго кератита. Воесктапп также полагаетъ, что иногда кератитъ можетъ исчезнуть, не оставивши слѣдовъ. Pedraglia относится уже болѣе скептически; по его мнѣнію, кератитъ имѣетъ наклон-

ность распространяться дальше и въ самомъ благопріятномъ случаѣ оставляетъ стойкое помутнѣніе. Lopez идетъ еще дальше, утверждая, что кератитъ всегда ведетъ къ слѣпотѣ.

Помимо описаннаго поверхностнаго кератита Bull'ю приходилось иногда наблюдать при проказѣ отдѣльныя точечныя помутнѣнія въ самой паренхимѣ роговицы; часто они попадались одновременно съ серознымъ притомъ, который, какъ извѣстно, почти всегда ведетъ къ отложениямъ на Десцеметовой оболочкѣ. Но въ виду того, что помутнѣнія сидѣли передъ ней, иногда локализовались только въ центрѣ роговицы и были констатированы нѣсколько разъ при отсутствіи прита, то авторъ считаетъ означенный кератитъ за особое заболѣваніе. Далѣе Jeanselme и Mogaхъ говорятъ въ своей работѣ, что при обыкновенномъ поверхностномъ кератитѣ иногда встрѣчаются и точечныя помутнѣнія, сидящія непосредственно передъ Десцеметовой оболочкой. Другіе авторы о подобномъ кератитѣ не упоминаютъ.

Иногда при *Lepa tuberosa* наблюдаются язвы роговицы катаррального происхожденія; получаютъ онѣ обыкновенно только въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни, когда бугристая форма успѣла перейти въ анестетическую. Такъ какъ при *Lepa tuberosa* конъюнктива поражается не такъ часто, какъ при *Lepa maculo-anaesthetica*, то и эти язвы здѣсь должны встрѣчаться рѣже, чѣмъ при пятнистой проказѣ (Borthen).

Познакомившись такимъ образомъ съ кератитами бугристой проказы, перейдемъ къ изученію опухолей роговицы, встрѣчающихся хотя рѣже, но зато имѣющихъ послѣдствія болѣе серьезныя, чѣмъ упомянутое выше заболѣваніе. Опухоли роговицы всегда развиваются вторично изъ инфильтратовъ или лепромъ корнеосклеральной области или изъ узловъ Шлемова канала. О первичныхъ новообразованіяхъ роговицы при проказѣ упоминаютъ только Lopez и Meyer и Berger, къ чему компетентные авторы относятся весьма скептически.

Роговичная лепрома, какъ слѣдствіе эписклеральной, занимаетъ поверхностные и средніе слои оболочки и представляетъ болѣе или менѣе выдающуюся надъ поверхностью послѣдней опухоль. Появленію лепромы обыкновенно предшествуетъ болѣе или менѣе ограниченное синевато-бѣлое помутнѣніе въ роговицѣ, на которомъ впослѣдствіи образуется лепрома.

Но существуютъ еще лепромы, захватывающія самые глубокіе слои роговицы, лежащія непосредственно передъ Десцеметовой оболочкой. Эти лепромы берутъ начало изъ инфильтратовъ въ области Шлемова канала или угла передней камеры (?). Эти образованія не имѣютъ вида опухоли въ собственномъ смыслѣ слова, а напоминаютъ глубокіе инфильтраты, какъ это встрѣчается напримѣръ при *keratitis parenchymatosa* или *keratitis sclerotica*.

Это раздѣленіе лепромъ на поверхностныя и глубокія принадлежитъ Hansen'у и Bull'ю. Однако такое дѣленіе еще до послѣдняго времени всѣми игнорировалось, пока Borthen и Lie не стали опять на него обращать вниманія.

Самымъ медленнымъ развитіемъ отличаются узлы среднихъ слоевъ, скорѣе растутъ поверхностные, среднее мѣсто между ними занимаютъ глуболежащія (Borthen); долго противостоятъ росту ихъ Десцеметова оболочка, если же послѣдняя разъ узурируется, то опухоль начинаетъ развиваться въ передней камерѣ и можетъ наконецъ выполнить всю ее. Но въ общемъ лепромы въ заднихъ частяхъ роговицы встрѣчаются рѣже, и въ большинствѣ случаевъ, если таковыя и констатируются въ передней камерѣ, то исходнымъ пунктомъ служатъ не роговица, а части глаза, лежащія внѣ ея (Lie).

Глубокія опухоли отличаются сѣроватымъ или желтовато-сѣрымъ цвѣтомъ и не достигаютъ такихъ размѣровъ, какъ поверхностныя, хотя въ болѣе позднихъ стадіяхъ и онѣ могутъ инфильтровать всю роговицу. Поверхностныя лепромы нерѣдко захватываютъ всю роговую оболочку и достигаютъ весьма значительной величины. Не мало описано случаевъ въ литературѣ,

гдѣ новообразованіе простиралось до наружнаго или внутренняго угла глазной щели и далеко выпячивалось изъ нея, такъ что смыканіе вѣкъ было совершенно невозможно. Подобнаго рода опухоли обыкновенно богаты сосудами и отличаются мясисто-краснымъ цвѣтомъ и бугристой поверхностью.

Ростъ роговичныхъ лепромъ, въ отличіе отъ эписклеральныхъ, нерѣдко сопровождается сильнѣйшими болями, которые временами проходятъ, но иногда могутъ продолжаться безпрестанно, даже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Боли эти, по всей вѣроятности, зависятъ какъ отъ пораженія самой роговицы, такъ и отъ заболѣванія сосудистаго тракта, весьма часто сопутствующаго корнеосклеральнымъ лепромамъ (Borthen). Нерѣдко такіе пациенты страдаютъ сильной свѣтобоязнью и слезотеченіемъ, хотя уже давно ослѣпли (Borthen).

Достигши полнаго своего развитія, лепромы могутъ въ такомъ состояніи оставаться долгое время, иногда нѣсколько лѣтъ, пока не наступятъ въ нихъ дегенеративныя измѣненія. Регрессивный метаморфозъ опухолей можетъ быть различенъ. Обыкновенно онѣ всасываются, оставляя за собой стойкія помутнѣнія роговицы. Глубокія лепромы всегда влекутъ за собою болѣе или менѣе сильныя лейкомы съ послѣдующей атрофіей роговой оболочки, а въ болѣе тяжелыхъ и атрофію глаза. При поверхностныхъ же, если онѣ слабо выражены и ограничиваются только нѣкоторою частью роговицы, зрѣніе можетъ еще оставаться на сносной степени. Большія лепромы, занимающія всю роговицу, почти всегда ведутъ къ атрофіи ея и нерѣдко даже къ сморщиванію глазного яблока.

Другой исходъ лепромъ — изъязвленіе. Некробиотическіе процессы, появляющіеся въ нихъ, могутъ иногда вызвать образованіе настоящаго абсцесса. Въ большинствѣ случаевъ роговица во всю свою толщу не поражается, и дѣло кончается болѣе или менѣе сильнымъ помутнѣніемъ. Но наблюдается иногда перфорація съ послѣдующими передними синехіями и даже можетъ развиваться полная стафилома (Leloir). Послѣдняя, какъ видно изъ работы Pollock'a, въ конечныхъ стадіяхъ лепры

глаза не составляет рѣдкости: изъ 41 слѣпного 10 человекъ имѣли стафиломы, при чемъ у трехъ онѣ существовали на обоихъ глазахъ; въ трехъ случаяхъ стафиломы были причиною вторичной глаукомы; разъ послѣдняя существовала при передней синехии.

Что касается предсказанія лепромъ роговицы, то Borthen считаетъ его *quoad visum* всегда неблагоприятнымъ, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ не удается, по его мнѣнью, даже сохранить форму и величину глазного яблока. Просмотръ литературы въ данномъ отношеніи подтверждаетъ высказанное имъ мнѣніе.

Для большей полноты и позволю себѣ привести еще нѣсколько общихъ статистическихъ данныхъ Borthen'a, сдѣланныхъ относительно заболѣванія роговицы при проказѣ. При изслѣдованіи 117 больныхъ 44 человека — 28 мужчинъ (36,84%) и 16 женщинъ (39,02%) — оказались съ здоровыми роговицами. Изъ этихъ 44 пациентовъ у 27 глазное яблоко было вообще нетронуто, а остальные 17 страдали эписклеритомъ или притомъ герп. иридоциклитомъ или одновременно тою и другою болѣзью. Изъ чего, по этому автору, слѣдуетъ, что роговая оболочка иногда, не смотря на другія серьезныя заболѣванія глазного яблока, можетъ оставаться здоровой. Далѣе авторъ упоминаетъ, что у 37 человекъ (84,09%) съ неизмѣненной роговицей не прошло еще десяти лѣтъ съ начала болѣзни, съ другой стороны ему приходилось наблюдать больныхъ, которые уже страдали 15, 22, 28 и 35 лѣтъ проказой, но, не смотря на это, роговицы все оставались прозрачными. Что касается состоянія остальныхъ частей глаза при измѣненной роговицѣ, то въ 4 случаяхъ были поражены cornea и episclera, въ 3 одна cornea, въ 20 cornea и iris, а въ 46 episclera, cornea и iris. Изъ сказаннаго авторъ заключаетъ, что заболѣваніе одной роговицы или эписклеры съ роговицей встрѣчается рѣдко, рано или поздно они осложняются разстройствами со стороны радужной оболочки или всего сосудистаго тракта. Сравнительно большая частота страданій роговицы совмѣстно съ радужной оболочкой объясняется тѣмъ, что при пораженіяхъ послѣдней нерѣдко вторично заболѣ-

ваетъ первая. Что касается времени появленія разстройствъ, то изъ таблицъ Borthen'a явствуетъ, что уже въ первомъ десятилѣтіи проказы большая половина (54,32%) страдаетъ болѣзнями роговой оболочки.

Lepra maculo-anaesthetica. — Судя по литературнымъ даннымъ, измѣненія роговицы при пятнистой проказѣ обращали на себя меньше вниманія изслѣдователей. Встрѣчающійся здѣсь *Keratitis lagophthalmus*, по мнѣнью Hansen'a и Bull'a, ничего специфическаго не представляетъ, вполне зависить отъ *lagophthalmus*'а и ничѣмъ не отличается отъ подобныхъ кератитовъ вслѣдствіе другихъ причинъ. „*Keratitis xerotica*“, по изслѣдованіямъ Boeckmann'a, не рѣдкое явленіе: въ 25% всѣхъ случаевъ *lagophthalmus*'а онъ былъ въ состояніи констатировать означенный кератитъ, нерѣдко сопровождавшійся анестезіей роговицы, которую авторъ наблюдалъ въ 25% всѣхъ больныхъ пятнистой формой. Всегда анестезія сопровождалась параличемъ *m. orbicularis*. Hansen и Bull напротивъ совершенно отрицаютъ анестезію роговой оболочки, измѣненіе же чувствительности кожи вѣкъ, преимущественно областей, иннервируемыхъ *n. supraorbitali*, авторы констатировали неоднократно. Помимо главной причины кератита — чрезмѣрнаго высыханія роговицы вслѣдствіе неприкрытія ея нижнимъ вѣкомъ, — по мнѣнью Boeckmann'a, существуютъ еще другія, какъ атрофія слезной железы и параличъ всасывательнаго аппарата слезныхъ канальцевъ, имѣющій слѣдствіемъ постоянное зѣніе послѣднихъ. Благодаря этому слезы удаляются по нимъ скорѣе обыкновеннаго и роговица омывается ими въ меньшей степени, даже при отсутствіи эверсіи нижняго вѣка.

Оба глаза заболѣваютъ вмѣстѣ гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой проказѣ. Они могутъ быть поражены въ одинаковой степени, но нерѣдко одинъ представляется еще совершенно здоровымъ, тогда какъ другой уже серьезно боленъ. Въ самой легкой формѣ болѣзни состоятъ въ совершенно слабомъ измѣненіи эпителия роговицы, который представляется шероховатымъ, какъ бы истыканнымъ массой булавочныхъ уколовъ. Въ исключитель-

ныхъ случаяхъ можетъ быть занята вся роговая оболочка, но какъ правило, картина эта наблюдается только въ ея нижней половинѣ. Граница между здоровой и измѣненной частью не всегда находится на одномъ и томъ же мѣстѣ, весьма часто представляется неправильной и не зависитъ отъ верхняго или нижняго вѣка (Borthen). Вслѣдствіе недостаточнаго морганія и омыванія слезами роговица начинаетъ высыхать, и на ней появляются вслѣдствіе наступившаго сморщиванія и слущиванія эпителия дефекты. Роговица въ скоромъ времени мутнѣетъ и при падающемъ свѣтѣ получаетъ склерозированный видъ. Затѣмъ начинается образованіе сосудовъ; въ началѣ замѣтные только при помощи луны и бокового освѣщенія, они вскорѣ покрываютъ всю нижнюю половину роговицы въ видѣ поверхностнаго паннуса. — Представленная по Borthen'у картина принадлежитъ болѣе легкой формѣ кератита; роговая оболочка до нѣкоторой степени можетъ стать болѣе прозрачной, а пациентъ сохранить удовлетворительное зрѣніе. Но болѣзнь нерѣдко рецидивируетъ и переходитъ въ болѣе тяжелую форму. Въ нижней половинѣ глаза появляется рѣсничная и конъюнктивальная инъекція, помутнѣніе роговицы становится все сильнѣе, мало по малу въ ней образуются поверхностные дефекты, ведущіе вслѣдствіе вторженія микроорганизмовъ къ язвеннымъ процессамъ. Судьба роговицы въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ можетъ быть различна; рѣдко случается перфорация, результатомъ которой получаютъ переднія синехіи и стафилома, иногда съ явленіями вторичной глаукомы, въ другой разъ исходомъ являются *applanatio* или *atrophia corneae*; чаще всего верхняя половина роговой оболочки остается болѣе или менѣе прозрачной, но вслѣдствіе хроническаго иридоциклита наступаетъ *atrophia bulbi*. Въ другихъ менѣе отчаянныхъ случаяхъ процессъ можетъ остановиться, и язва заживаетъ, прикрываясь иногда на нѣкоторомъ протяженіи конъюнктивой, что даетъ поводъ къ образованію такъ называемыхъ ложныхъ птеригіевъ (Borthen).

Воескманн упоминаетъ о легкихъ помутнѣніяхъ въ верхней части роговицы при пятнистой проказѣ; они диффуз-

наго характера и не состоятъ изъ точекъ, какъ при *Lepa tuberosa*. По автору, помутнѣнія представляютъ аналогію съ кожными пятнами при *Lepa maculo-anaesthetica*. Въ одномъ подобномъ случаѣ изъ пятенъ кожи образовались узлы; изъ этого достаточно видно, что Воескманн вѣроятно всего имѣлъ дѣло съ узловатой проказой въ начальной стадіи, при которой поверхностный кератитъ не рѣдкость, а не съ той пятнистой, которую мы понимаемъ подъ именемъ *Lepa maculo-anaesthetica*. Borthen при точномъ изслѣдованіи 39 больныхъ четыре раза могъ замѣтить нѣсколько поверхностныхъ точекъ, лежавшихъ въ разныхъ квадрантахъ роговицы. Относительно ихъ лепрознаго характера авторъ съ положительностью не высказывается, но съ другой стороны не склоненъ отвергать его, въ виду отсутствія всякой реакціи. Каугинъ прямо утверждаетъ, что при изслѣдованіи 37 больныхъ съ анестетической формой, изъ которыхъ 7 раньше страдали бугристой проказой, онъ разъ видѣлъ типическій поверхностный кератитъ. Къ сожалѣнію, авторъ не упоминаетъ какой формой проказы страдалъ именно этотъ больной. Мы во всякомъ случаѣ означенныхъ 7 больныхъ причислили бы къ бугристой формѣ и тогда, конечно, не было бы ничего удивительнаго, если бы у одного изъ нихъ оказался подобный кератитъ.

б) Собственные изслѣдованія.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ заболѣваній роговицы при *Lepa tuberosa*, мнѣ кажется необходимымъ представить сначала общую статистику ихъ и сравнить мои результаты съ данными Borthen'a, стоящими пока единственными въ литературѣ.

Для избѣжанія всякихъ сомнѣній и недоразумѣній, я изъ числа моихъ 157 больныхъ бугристой проказой исключилъ 15 трахоматозныхъ, затѣмъ одного съ абсолютной глаукомой и случаи (№№ 111 и 115), у которыхъ имѣлись измѣненія роговицы, навѣрно, не лепрознаго характера. Итакъ моя статистика ограничивается 139 пациентами (22-мя больше, чѣмъ у Borthen'a),

изъ нихъ было 71 мужчина и 68 женщинъ. Изъ числа первыхъ совершенно здоровыя роговицы имѣли 19 человекъ (26%), а изъ вторыхъ — 10 (14%). Сюда не относятся 6 женщинъ и 11 мужчинъ, имѣвшихъ здоровыя роговицы только на одномъ глазу. Если принять и ихъ во вниманіе, то процентъ (42% м., 23% ж.) немного приблизится къ установленному Borthen'омъ (38% и 39%). Въ обоихъ случаяхъ мужчины у меня, какъ видно, находились въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ женщины, тогда какъ норвежскій авторъ констатировалъ обратное отношеніе. Изъ упомянутыхъ выше 29 человекъ съ здоровыми роговицами только у 26 можно было опредѣлять продолжительность заболѣванія лепрой, при чемъ у 23 т. е. въ 88,44% еще не прошло 10 лѣтъ съ начала болѣзни, что болѣе или менѣе согласуется съ результатами Borthen'a (84,09%). Почти во всѣхъ этихъ случаяхъ остальные части глаза оказались неизмѣненными, только два раза можно было констатировать слѣды односторонняго протекшаго ирита, одинъ разъ имѣлся эписклеральный инфильтратъ, и одинъ разъ найдена была эписклеральная лепрома съ сомнительными слѣдами бывшаго ирита. Изъ сказаннаго мы видимъ, что только въ рѣдкихъ случаяхъ при другихъ заболѣваніяхъ глазного яблока можно застать роговицу нормальной.

Что касается частоты пораженія послѣдней, то у 110 больныхъ — 52 мужчинъ (74%) и 58 женщинъ (86%) — наблюдались измѣненія роговицы.

Распредѣлялись они по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ глаза слѣдующимъ образомъ:

		Borthen.
Пораженіе только роговицы	54 сл. — 50%	4%
„ роговицы, эписклеры и радужки 17 сл. — 15%		63%
„ роговицы и радужки	23 сл. — 21%	27,5%
„ роговицы и эписклеры	16 сл. — 14%	5,5%
	110 случаевъ 100%	100%

Очевидное разногласіе между результатами Borthen'a и моими едва ли объясняется случайностью. Ключъ къ разъ-

ясненію этого вопроса даетъ самъ Borthen. Авторъ въ одномъ мѣстѣ своей работы сознается, что роговица въ нѣкоторыхъ случаяхъ была имъ изслѣдована довольно поверхностно, безъ помощи лупы и фокальнаго освѣщенія, вследствие чего онъ и не въ состояніи дать точныхъ статистическихъ свѣдѣній относительно поверхностнаго лепрознаго кератита¹⁾. Въ другомъ мѣстѣ, въ началѣ общей статистики Borthen также высказывается, что его данныя въ виду вышеупомянутыхъ причинъ, можетъ быть, не будутъ отличаться точностью²⁾. Но тѣмъ не менѣе это нисколько не препятствуетъ автору на основаніи полученныхъ данныхъ выводить, какъ мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, соответствующія заключенія.

Наибольшій процентъ у Borthen'a составляютъ совмѣстныя заболѣванія эписклеры, роговой и радужной оболочки, тогда какъ, по моимъ изслѣдованіямъ, выходитъ совершенно противоположное. — Какъ мы увидимъ дальше, самое частое пораженіе роговицы при проказѣ состоитъ въ поверхностномъ кератитѣ; всѣ случаи, въ которыхъ была измѣнена одна только роговая оболочка, всецѣло принадлежали этому кератиту. Но распознаваніе этого страданія, особенно въ начальныхъ стадіяхъ является весьма трудной задачей для наблюдателя; только неоднократное, тщательное изслѣдованіе, при помощи лупы и бокового освѣщенія можетъ дать положительные результаты. При изслѣдованіи невооруженнымъ глазомъ, какъ это практиковалось нерѣдко Borthen'омъ, въ большинствѣ случаевъ измѣненія навѣрно останутся незамѣченными, и

1) „Ich unterlasse es, eine genaue Statistik über diese Affection zu geben, und zwar deshalb, weil mich die Erfahrung gelehrt hat, erstens dass zu einer sicheren Beurtheilung der An- und Abwesenheit derselben der Gebrauch einer Lupe notwendig ist, und zweitens, dass zur Entscheidung dieser Frage auch die scheinbar gesundeste Hornhaut genau untersucht werden muss. Es können daher in der ersten Zeit meiner Studien wohl einige leichte Fälle meiner Aufmerksamkeit entgangen sein“.

2) „Wie oben bemerkt, glaubte ich für die Hornhautflecken eine genaue Statistik nicht geben zu können. Somit kann ich für die gesamten Hornhautaffectionen auch keine völlig korrekte Statistik geben“.

подобная разница между его результатами и моими должна являться вполне понятной. Далѣе, большой процентъ совмѣстнаго заболѣванія эписклеры, роговицы и радужки — измѣненій, обыкновенно весьма легко улавливаемыхъ даже безъ всякихъ приспособленій — также говоритъ въ пользу того, что Borthen'омъ преимущественно были отмѣчены случаи болѣе сильно выраженные. Не смотря на все это, общій процентъ заболѣванія роговицы у Borthen'a получился сравнительно еще высокій — 62,39%, по моимъ изслѣдованіямъ онъ равняется 79,13%. При болѣе тщательномъ осмотрѣ роговицы, я вполне увѣренъ, у норвежскаго автора получились бы числа ни въ коемъ случаѣ не меньшія моихъ, а, пожалуй, еще ихъ превышающія.

Что же касается времени пораженія роговицы, то я согласенъ съ мнѣніемъ Borthen'a, что еще до истеченія десяти лѣтъ большая половина больныхъ бугристой формой проказы заболѣваетъ кератитомъ. Изъ упомянутыхъ 110 больныхъ у 12 нельзя было констатировать времени заболѣванія проказой, изъ оставшихся же 98 человекъ 65 находились еще въ первомъ десятилѣтіи проказы, что составляетъ 66,32% (54,32% Borthen).

Послѣ полученныхъ общихъ статистическихъ данныхъ приступимъ къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ видовъ заболѣваній при бугристой проказѣ, соблюдая ту же послѣдовательность, что и въ литературной части.

Точное изслѣдованіе роговой оболочки далеко не принадлежитъ къ числу легкихъ задачъ офтальмолога, особенно когда дѣло идетъ о совершенно мелкихъ, поверхностныхъ, замѣтныхъ только вооруженнымъ глазомъ помутнѣніяхъ, какъ это мы имѣемъ при *Keratitis leprosa superficialis*. Особенно труднымъ является изслѣдованіе въ начальныхъ стадіяхъ кератита, когда послѣдній ограничивается весьма малымъ участкомъ, а иногда только нѣсколькими точками возлѣ лимба или невдалекѣ отъ него. Въ подобныхъ случаяхъ констатировать помутнѣніе удастся только, если заставить больного пристально гля-

дѣть внизъ, а изслѣдующій будетъ смотрѣть на глазъ сверху, тогда помутнѣніе выступитъ особенно рѣзко на черномъ фонѣ зрачка. Такой методъ изслѣдованія, какъ я впоследствии узналъ, примѣняли уже Hansen и Bull, и я всегда имъ пользовался. Въ случаяхъ, гдѣ и такимъ образомъ не удавалось констатировать кератита, я прибѣгалъ еще къ искусственному расширенію зрачка и тогда нѣсколько разъ открывалъ помутнѣнія тамъ, гдѣ они повидимому раньше отсутствовали. Примѣняя всегда такой способъ изслѣдованія, я на 139 больныхъ у 98 человекъ т. е. въ 69% могъ констатировать поверхностный лепрозный кератитъ, что приближается къ результатамъ Воеск-манн'a, по которому больше 60% больныхъ бугристой проказой бываетъ одержимо этимъ страданіемъ. Изъ упомянутыхъ 98 больныхъ было 49 мужчинъ (67,5%) и 49 женщинъ (72%); опять, какъ мы видимъ, послѣднія были въ немного худшихъ условіяхъ, чѣмъ первые. Обыкновенно кератитъ былъ на обоихъ глазахъ и крайне рѣдко въ одинаковой степени выраженъ. Односторонній поверхностный кератитъ наблюдался въ 18 случаяхъ, при чемъ въ 15 другая роговица была здорова, а въ трехъ имѣлось пораженіе другого вида.

Помутнѣніе почти всегда сидѣло въ поверхностныхъ слояхъ роговой оболочки и только въ 8 случаяхъ оно заходило и въ ея паренхиму въ видѣ небольшого числа пятнышекъ. Особенно сильно были захвачены глубокіе слои у пациента № 236, у котораго картина отчасти напоминала паренхиматозный кератитъ. У 8 больныхъ поверхностный кератитъ сопровождался развитіемъ кровеносныхъ сосудовъ, которые иногда встрѣчались и въ случаяхъ съ глубоко лежавшими помутнѣніями (2 случая). При пораженіи глубокихъ слоевъ всегда отмѣчалось заболѣваніе и другихъ частей глазного яблока (эписклеры и радужки), отчего эти случаи принимали болѣе тяжелый характеръ. Въ общемъ особенно печальныхъ слѣдствій послѣ поверхностнаго кератита я никогда не наблюдалъ, и если они и существовали, какъ напр. въ случаѣ № 236, то былъ виноватъ въ этомъ не кератитъ, а сопутствующія пораженія

сосудистаго тракта. Borthen придерживается такого же мнѣнія въ аналогичныхъ случаяхъ.

Кератитъ у моихъ пациентовъ являлся подъ видомъ совершенно поверхностнаго помутнѣнія, иногда состоявшаго изъ отдѣльныхъ точекъ, то строго ограниченныхъ, то съ диффузными краями и болѣе интенсивнымъ центромъ, иногда же все помутнѣніе было диффузное, и точечный характеръ отсутствовалъ. Но чаще всего кератитъ былъ диффузный съ отдѣльными болѣе сильно мутными мѣстами, которыя ближе къ центру роговицы все болѣе и болѣе выступали, пока не получались, наконецъ, однѣ только точки, расположенныя въ прозрачной роговицѣ.

Помутнѣнія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

1) въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ	38	глазъ.
2) въ верхней трети	93	"
3) въ верхней половинѣ	9	"
4) по всей роговицѣ или почти по всей	18	"
5) въ наружной половинѣ	2	"

160 глазъ.

Если принять во вниманіе еще 18 случаевъ съ одностороннимъ кератитомъ (12 разъ только въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ, 6 разъ въ верхней трети роговицы), то получимъ первоначальное число больныхъ $\frac{160}{2} + 18 = 98$.

Изъ представленнаго распредѣленія слѣдуетъ, что во всѣхъ случаяхъ кератита былъ помутненъ наружный верхній квадрантъ роговицы, а въ 50 случаяхъ помутнѣніе ограничивалось только этимъ послѣднимъ, изъ чего явствуетъ, что кератитъ долженъ начинаться въ этой области. Въ виду того, что у шести больныхъ между лимбомъ и помутнѣніемъ на нѣкоторомъ разстояніи роговица оставалась прозрачной, то очевидно кератитъ не всегда начинается у самого лимба. Затѣмъ, по занятіи верхней части наружнаго верхняго квадранта, помутнѣніе распространяется на внутренній верхній квадрантъ и, занявши верхнюю треть роговицы, прикрываемую вѣкомъ, процессъ можетъ остановиться. Наблюдавшееся у двухъ больныхъ помут-

нѣніе только въ наружной половинѣ должно считаться рѣдкостью. Много случаевъ, въ которыхъ помутнѣніе было сильнѣе выражено въ наружно-верхнемъ квадрантѣ, чѣмъ въ верхне-внутреннемъ, далѣе случаи, гдѣ на одномъ глазу былъ захваченъ только наружный верхній квадрантъ, а на другомъ вся верхняя треть роговой оболочки, и наконецъ случаи, гдѣ на одномъ и томъ же глазу при помутнѣніи наружнаго верхняго квадранта уже наблюдались отдѣльныя точки въ внутреннемъ верхнемъ иблизи вертикальнаго меридіана — могутъ только служить подтвержденіемъ моего взгляда на исходное мѣсто и дальнѣйшее теченіе поверхностнаго кератита.

Если процессъ подвигается дальше впередъ, то онъ переходитъ на наружный нижній квадрантъ, обыкновенно не щадя центра роговицы, но въ общемъ онъ остается прозрачнѣе верхнихъ и наружной частей роговой оболочки. Внутренній нижній квадрантъ захватывается позже всего или совершенно не поражается. Почти во всѣхъ означенныхъ 18 случаяхъ этотъ квадрантъ обнаруживалъ наибольшую прозрачность, а иногда и совершенную, тогда какъ сильнѣе всего помутнѣніе было выражено въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ.

Изъязвленія роговицы при лепрозномъ кератитѣ (Jeanselme и Mорах), точечныхъ помутнѣній въ глубокихъ слояхъ ея передъ Десцеметовой оболочкой (Bull, Jeanselme и Mорах) и катарральныхъ язвъ мнѣ никогда не приходилось наблюдать при бугристой проказѣ. Объ отложеніяхъ на Десцеметовой оболочкѣ рѣчь будетъ при иритѣ. Случай № 111 принадлежитъ къ числу тѣхъ весьма рѣдкихъ, которые недавно описалъ Fuchs¹⁾ подъ названіемъ Randsklerose und Randatrophie der Hornhaut“ и навѣрно ничего общаго съ проказой не имѣетъ.

Что касается лепромъ роговицы, то я ихъ могъ констатировать только у 14 больныхъ т. е. въ 10%, у 6 мужчинъ (8,5%) и 8 женщинъ (11,5%), 9 разъ узлы были на обоихъ

1) Arch. f. Ophth. Bd. LII, Heft 2.

глазахъ, 5 разъ на одномъ, при чемъ въ двухъ случаяхъ другой глазъ былъ здоровъ, а въ остальныхъ на немъ существовалъ поверхностный кератитъ. У 6 больныхъ опухоль распространялась преимущественно на поверхностные слои роговицы, у 8 же она занимала главнымъ образомъ глубокіе.

Это дѣленіе лепромъ роговицы на поверхностныя и глубокія, какъ видно изъ приведенной выше литературы, введено Hansen'омъ и Bull'емъ и считается въ настоящее время общепринятымъ. Въ правильности подобнаго взгляда я позволю себѣ тѣмъ не менѣе усумниться. Лепромой я называю образованіе лепрозной ткани съ характеромъ настоящей опухоли. Такъ называемыя поверхностныя лепромы дѣйствительно удовлетворяютъ этому требованію, онѣ въ видѣ опухоли возвышаются болѣе или менѣе надъ уровнемъ остальной роговицы. Глубокія же лепромы авторовъ захватываютъ эту оболочку въ видѣ разлитого воспаленія, не образуя на поверхности (спереди или сзади) какого либо замѣтнаго возвышенія къ видѣ опухоли. Слѣдовательно, онѣ имѣютъ характеръ скорѣе диффузнаго воспаленія, какъ напр. при *keratitis parenchymatosa* вслѣдствіе сифилиса или туберкулеза.

Поверхностныя лепромы непосредственно переходили изъ эписклеральнаго инфильтрата и составляли съ нимъ какъ бы одно цѣлое. Опухоль всегда болѣе или менѣе возвышалась надъ уровнемъ роговицы, только одинъ разъ она распространялась по ней въ видѣ ложнаго птеригія, т. е. въ видѣ очень плоскаго новообразованія. Въ сосѣднихъ съ новообразованіемъ частяхъ роговица всегда представлялась мутноватой, иногда помутнѣніе это занимало даже всю роговую оболочку. Мнѣ никогда не приходилось наблюдать лепромъ, которыя захватывали бы всю роговицу или заходили бы за ея предѣлы. Объясняется это, можетъ быть, тѣмъ, что большая половина опухолей находилась уже въ состояніи регрессивнаго метаморфоза.

Глубокія лепромы (по номенклатурѣ авторовъ) большею частью располагались въ нижней половинѣ роговицы и были сѣроватаго цвѣта, иногда съ желтоватымъ или розоватымъ от-

тѣнкомъ. Глубокій кератитъ всегда начинался съ периферіи. Вслѣдствіе насыщенности инфильтрата я не могъ разложить этихъ помутнѣній на отдѣльныя точки или штрихи. Какъ правило, помутнѣніе не ограничивается исключительно глубокими слоями, наоборотъ во всѣхъ моихъ случаяхъ были захвачены и поверхностные слои, хотя въ болѣе слабой степени. Случалось иногда наблюдать и глубоколежащіе кровеносные сосуды, но обыкновенно не въ значительномъ количествѣ.

Я уже упоминалъ раньше, что эти образованія собственно не могутъ быть названы опухолями; по моему мнѣнію это — диффузное глубокое воспаленіе роговицы, т. е. паренхиматозный кератитъ, аналогичный наблюдаемому при сифилисѣ и туберкулезѣ. Greeff также полагаетъ, что при проказѣ роговица поражается или въ видѣ поверхностнаго точечнаго кератита, или въ видѣ глубокаго паренхиматознаго (онъ наблюдалъ одинъ случай глубокаго кератита). Но считаетъ ли онъ свой случай паренхиматознаго кератита за глубокую лепрому авторовъ, изъ его описанія не видно. Паренхиматозный кератитъ всегда осложняется тяжелыми явленіями со стороны сосудистаго тракта, почему предсказаніе при немъ очень неблагоприятно.

Въ своихъ 8 случаяхъ я никогда не могъ констатировать узуръ Десцеметовой оболочки и проникновенія лепрозныхъ массъ изъ роговицы въ переднюю камеру, какъ это описываетъ Vogt, не приводя впрочемъ соотвѣствующихъ исторій болѣзни. При анатомическомъ изслѣдованіи одного изъ моихъ случаевъ профессоръ Евецкій нашелъ въ передней камерѣ, соотвѣственно пораженному участку роговицы, новообразованную соединительнотканную массу, бѣдную клѣтками и стоявшую въ непосредственномъ сращеніи съ роговой оболочкой; въ ней ясно были замѣтны явленія тяжелаго воспаленія лепрознаго характера (здѣсь были найдены палочки проказы). Десцеметова оболочка оказалась цѣлой, а въ роговицѣ найдены глубоко расположенные кровеносные сосуды, свѣжаго кератита не было замѣтно. Въ другихъ двухъ случаяхъ, судя по клинической картинѣ, имѣ-

лись вѣроятно такія же измѣненія (будетъ описано вполнѣ въ слѣдствіи съ другими лепрозными глазами). Возможно, что массы въ передней камерѣ, которыя наблюдалъ Borthen при глубокихъ лепромахъ, т. е. при паренхиматозномъ кератитѣ, являлись слѣдствіемъ сопутствующаго лепру ирита или циклита, нерѣдко осложняющаго глубокое пораженіе роговицы.

Сосѣднія съ инфильтратомъ части роговицы оказывались всегда болѣе помутненными, чѣмъ при поверхностныхъ буграхъ. Эпителий всегда представлялся шероховатымъ, но цѣлымъ. Изъязвленій мнѣ ни разу не приходилось констатировать.

Въ дальнѣйшемъ теченіи кератита наблюдаются лейкома-тозные помутнѣнія и даже выпячиваніе оболочки вслѣдствіе размягченія ея. Одинъ разъ эктазія была осложнена даже вторичной глаукомой. Keratitis parenchymatosa нѣсколько чаще наблюдался при отсутствіи паракорнеальныхъ лепромъ, два раза локализція кератита не совпадала съ положеніемъ этихъ лепромъ: послѣднія снаружи, keratitis ввизу.

Поверхностныя лепромы у меня, какъ и у другихъ авторовъ, сопровождались меньшими осложненіями, чѣмъ глубокія (keratitis parenchymatosa); о чемъ лучше всего можетъ свидѣтельствовать пациентъ № 42, у котораго имѣлась довольно значительная корнеосклеральная опухоль въ состояніи размягченія, при отсутствіи всякихъ воспалительныхъ явленій со стороны другихъ частей глаза, и больной еще пользовался зрѣніемъ въ 0,2. Глубокіе инфильтраты всегда сопровождались пораженіемъ сосудистаго тракта и повидимому всегда окончиваются слѣпотой; наилучшее зрѣніе у пациента этой группы равнялось счету пальцевъ на $1\frac{1}{2}$ метра (№4).

Если считать за слѣпоту зрѣніе въ $\frac{1}{200}$ т. е. способность узнавать число пальцевъ на разстояніи $\frac{1}{3}$ метра, то изъ моихъ 157 больныхъ бугристой проказой было 13 слѣпыхъ, 9 на обоихъ глазахъ, а 4 на одномъ. Разъ причиной слѣпоты была трахома, разъ глаукома, въ двухъ случаяхъ глаза уже были столь сильно измѣнены, что распознаваніе этиологическаго момента было невозможно, а въ остальныхъ 9 случаяхъ были

виноваты лепромы (два случая поверхностныхъ лепромъ и семь случаевъ глубокаго кератита). Изъ этого мы достаточно видимъ, какъ тяжелы по своимъ послѣдствіямъ являются послѣднія для глаза, и мы такимъ образомъ вполнѣ можемъ согласиться съ мнѣніемъ Borthen'a относительно ихъ прогноза.

Lepra maculo-anaesthetica. — На измѣненія роговицы было изслѣдовано 79 больныхъ. У 12 изъ нихъ я былъ въ состояніи констатировать типическій Keratitis e lagophthalmo. Этотъ кератитъ занимаетъ обыкновенно нижнія части роговой оболочки, только въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ поражаетъ всю ее и захватываетъ преимущественно поверхностные слои, причемъ нерѣдко замѣчались точечные дефекты эпителия. У трехъ больныхъ помутнѣніе было васкуляризовано, въ двухъ случаяхъ существовалъ уже ксерозъ, въ одномъ ограничивавшійся нижней половиной роговой оболочки, а въ другомъ простиравшійся на всю послѣднюю. У восьми больныхъ кератитъ осложнялся пораженіемъ сосудистаго тракта, и эти пациенты принадлежали къ числу болѣе или менѣе тяжелыхъ. Наблюдался кератитъ во всѣхъ его стадіяхъ, начиная отъ еле замѣтнаго помутнѣнія у лимба одного изъ нижнихъ квадрантовъ роговицы, и кончая такимъ печальнымъ случаемъ, какъ № 57. У этого больного съ обѣихъ сторонъ имѣлся сильнѣйшій lagophthalmus, почти полная облитерация конъюнктивальнаго мѣшка съ полнымъ ксерозомъ роговицы на одномъ глазу и атрофіей глазного яблока на другомъ. Но такіе случаи, по всей вѣроятности, встрѣчаются не часто: это — единственный изъ моихъ 90 больныхъ, потерявшій зрѣніе.

Во всякомъ случаѣ прогнозъ при Keratitis e lagophthalmo, я думаю, не долженъ считаться абсолютно дурнымъ, о чемъ намъ лучше всего можетъ свидѣтельствовать пациентъ № 54. Этого больного описалъ Гуляницкій десять лѣтъ назадъ въ своей диссертациі, онъ нашелъ тогда слѣдующее:

„№ 13. Василій Шапкинъ, 31 а. п. L. perv. Боленъ 10 лѣтъ. Кожа вѣкъ нормальна, рѣсницы въ достаточномъ количествѣ. Чувствительность на кожѣ и конъюнктивѣ почти отсутст-

вуетъ. Lagophthalmus palpal. довольно сильной степени съ обѣихъ сторонъ. — Въ самой нижней части роговицы лентовидное помутнѣніе справа шириною въ 1 милл., слѣва еще уже. Чувствительность на роговицахъ слегка понижена. Радужныя оболочки нормальны, зрачки круглы, хорошо реагируютъ; въ области праваго зрачка остатки бывшихъ заднихъ синехій. Офтальмоскопически ничего ненормальнаго констатировать нельзя. Visus os. utr. 1.0. Поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе нормальны.

Я нашелъ теперь, что помутнѣніе, раньше занимавшее полосу въ 1 милл. шириною, съ тѣхъ поръ немного увеличилось, но область зрачка еще не занята. Во всемъ остальномъ, даже относительно зрѣнія, которое по прежнему на обоихъ глазахъ равняется 1,0, и только могу подтвердить прежнія данныя. Слѣдуетъ еще замѣтить, что пациентъ принадлежитъ къ числу самыхъ несолидныхъ пріюта, неоднократно убѣгалъ изъ него, отлучался по цѣлымъ суткамъ, предаваясь всякій разъ всевозможнымъ излишествамъ и нерѣдко подвергаясь простудѣ, послѣ чего часто страдалъ иритомъ.

Прогнозъ при lagophthalmus'ѣ улучшился со времени введенія въ употребленіе внутренней и наружной тарзорафіи, что практикуется особенно въ Норвегіи. Хотя эффектъ ея, говорить Borthen, иногда можетъ и ослабѣвать, но во всякомъ случаѣ, польза отъ этой операціи долго будетъ громадная; упущеніе ея должно считаться фактомъ невзвизняемымъ. Въ нашихъ лепрозоріяхъ, къ сожалѣнію, къ этому способу лѣченія почти совершенно не прибѣгаютъ.

Во многихъ случаяхъ кератита я могъ констатировать измѣненіе чувствительности на роговицѣ. Воескманн, Hansen и Bull, по моему мнѣнію, беззачастно вдаются въ крайность. Первый полагаетъ, что анестезія роговой оболочки наблюдается въ 25% всѣхъ пятнистыхъ больныхъ и всегда сопровождается lagophthalmus'омъ, а вторые авторы совершенно отрицаютъ поврежденіе чувствительности, желая этимъ, согласно съ тогдашними взглядами, доказать, что кератитъ при lagophthalmus'ѣ не нейропаралитическаго характера. Теперь уже больше никто не споритъ о томъ, что наблюдаемый при lagophthalmus'ѣ кератитъ вполне зависитъ именно отъ него и ничего общаго

съ нейропаралитическимъ кератитомъ не имѣетъ. Лучшимъ доказательствомъ можетъ служить то обстоятельство, что глаза, пораженные въ начальныхъ стадіяхъ, послѣ тарзорафіи, какъ правило, поправляются или выздоравливаютъ, тогда какъ при нейропаралитическомъ кератитѣ улучшенія нельзя бы было ожидать. Послѣдній есть заболѣваніе трофическихъ, а не чувствительныхъ нервовъ, такъ что можетъ наблюдаться даже при ненарушенной чувствительности. Разстройства послѣдней при Lepa maculo-anaesthetica во всякомъ случаѣ существуютъ. При изслѣдованіи 79 больныхъ мнѣ у 12 человекъ пришлось констатировать измѣненія чувствительности. Шесть разъ она совершенно отсутствовала, а семь разъ была только понижена, при чемъ у больного № 45 замѣчалась на одной сторонѣ полная анестезія, а на другой пониженіе чувствительности. Lagophthalmus замѣченъ былъ только у семи больныхъ, т. е. въ 58%, а не во всѣхъ случаяхъ съ ослабленной чувствительностью, какъ это видѣлъ Воескманн. Состояніе чувствительности должно оказывать большое вліяніе на теченіе кератита, на что авторы обращаютъ весьма мало вниманія. Изъ 29 случаевъ съ lagophthalmus'омъ было 12 (41,5%) съ кератитомъ, у большей ихъ половины была поражена и чувствительность. Эти больные безъ исключенія принадлежали къ числу болѣе тяжелыхъ, между тѣмъ какъ у остальныхъ кератитъ безусловно былъ выраженъ слабѣе. Далѣе слѣдуетъ замѣтить, что при полной анестезіи роговицы и lagophthalmus'ѣ всегда былъ констатированъ кератитъ. Особенно рѣзко выразилось значеніе нормальной чувствительности соединительной оболочки и роговицы въ случаѣ № 158. Здѣсь у больной былъ lagophthalmus съ сильнымъ выворотомъ palp. infer. os utr., осложненный къ тому же значительнымъ сморщиваніемъ не только нижнихъ, но и верхнихъ вѣкъ, такъ что большая часть роговицы оставалась совершенно открытой, и не смотря на все это нельзя было констатировать ни малѣйшаго слѣда кератита. Это можетъ быть объяснено только цѣлостью соотвѣствующихъ вѣтвей тройничнаго нерва,

вполнѣ заслуживающаго названія стража конъюнктивы и роговой оболочки.

Относительно помутнѣній, встрѣчающихся при *Lepa maculo-anaesthetica* помимо *lagophthalmus*'a, я подобно Borthen'у ничего положительнаго сказать не могу. У трехъ больныхъ я видѣлъ диффузное помутнѣніе въ верхней трети роговицы, причемъ у двухъ изъ нихъ оно было двустороннее; у четвертаго больного помутнѣніе имѣло точечный характеръ на подобіе того, какъ это наблюдается при бугристой проказѣ; у пятаго больного была помутнена верхняя треть и сильнѣе наружная половина. Этими пятью случаями и исчерпываются мои наблюденія относительно этого рѣдкаго кератита, имѣющаго нѣкоторое сходство съ поверхностнымъ кератитомъ у больныхъ бугристой проказой.

Неоднократно при обѣихъ формахъ проказы замѣчались всякаго рода *maculae* и *leucomata*, которыя не составляютъ рѣкости у низшаго класса и едва ли имѣютъ что либо общее съ лепрой.

5. Радужная оболочка. Рѣсничное тѣло.

а) Литературныя данныя.

Въ предыдущихъ отдѣлахъ мы неоднократно упоминали о заболѣваніи сосудистаго тракта, всегда оно считалось болѣе или менѣе серьезнымъ осложненіемъ болѣзни и перѣдко служило причиною слѣпоты. Теперь же намъ предстоитъ ближайшее ознакомленіе съ нимъ въ отдѣльныхъ его видахъ. Точнѣе измѣненія изучены при бугристой проказѣ, съ которой мы и начнемъ.

Lepa tuberosa. — По изслѣдованіямъ Bockmann'a, 20% при этой формѣ проказы страдаютъ притомъ resp. придоциклитомъ; Гуляницкій констатировалъ поврежденіе *uveae* въ 24,4% при проказѣ вообще, а Hansen и Bull въ 30%. По изслѣдованіямъ Borthen'a, при *Lepa tuberosa* сосудистый трактъ оказался измѣненнымъ въ 74 случаяхъ изъ числа 116 осмотренныхъ больныхъ, т. е. въ 63,79% (у женщинъ въ 63,41%, у мужчинъ въ 64%). Распредѣлились измѣненія по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ глаза слѣдующимъ образомъ:

1)	пораженіе одной <i>uveae</i>	въ 7 случаяхъ
2)	„ <i>uveae</i> и <i>episclerae</i>	„ 4 „
3)	„ <i>uveae</i> и <i>corneae</i>	„ 18 „
4)	„ <i>uveae</i> , <i>episclerae</i> и <i>corneae</i>	„ 45 „

На основаніи этихъ данныхъ Borthen заключаетъ, что во 1) *uvea* при бугристой проказѣ страдаетъ весьма часто;

во 2) рѣдко измѣненіе ограничивается ею одною; въ 3) измѣненіе одной иuveae и эписклеры также встрѣчается рѣдко; въ 4) роговица заболѣваетъ весьма часто вторично, такъ какъ самостоятельный кератитъ встрѣчается крайне рѣдко; въ 5) чаще всего встрѣчается совмѣстное заболѣваніе роговицы, иuveae и эписклеры. Далѣе на основаніи того, что эписклеритъ существовалъ у женщинъ въ 35,5%, у мужчинъ въ 54,06%, заболѣваніе же сосудистаго тракта у первыхъ въ 63,41%, у вторыхъ въ 64%, Borthen приходитъ къ заключенію, что внутреннія части глаза при лепрѣ заболѣваютъ гораздо чаще наружныхъ¹⁾.

Съ другой стороны существуетъ не мало наблюдателей, которые утверждаютъ, что сосудистый трактъ всегда заболѣваетъ вторично, послѣ того какъ предшествовали другія поверхностныя измѣненія глазного яблока (Danielssen и Boeck, Pedraglia, Boeckmann, Secondi, Poncet, Babes и др.) или считаютъ первичное заболѣваніе за менѣе частое явленіе (Leloir, Lopez). Патолого-анатомическія изслѣдованія также покуда не вполне рѣшаютъ этотъ вопросъ; во всѣхъ до сихъ поръ изученныхъ глазахъ измѣненія не ограничивались однимъ опредѣленнымъ органомъ, а лепрознымъ процессомъ въ большей или меньшей степени были захвачены всѣ ткани, входящія въ составъ корнеосклеральной области.

Чаще всего пораженіе сосудистаго тракта является подъ видомъ иридоциклита. Воспаленіе, которое простиралось бы на одну только радужную оболочку или на одно рѣсничное тѣло, Borthen'у не приходилось наблюдать, а всегда существовали признаки, указывавшіе на заболѣваніе обояхъ этихъ органовъ. Иридоциклитъ, какъ видно изъ наблюденій Lopez'а и Borthen'а, отличается весьма хроническимъ теченіемъ. Долгое время предшествуютъ настоящему проявленію ирита неясно выраженные симптомы, указывающіе на существованіе какихъ-то ненормальныхъ скрытыхъ процессовъ въ радужной

оболочкѣ. Зрачекъ сильно суживается, на свѣтъ почти не реагируетъ, глазъ становится слегка болѣзненнымъ при надавливаніи и движеніи, зрѣніе темного понижается; съ другой стороны цвѣтъ радужной оболочки все остается нормальнымъ, перикорнеальная инъекція весьма часто совершенно отсутствуетъ, и больной ни на какія боли не жалуется. Подобная картина опять проходитъ и можетъ нѣсколько разъ повторяться, пока наконецъ только удастся констатировать заднія синехіи, которыя въ первое время подъ вліяніемъ атропина еще легко разрываются, оставляя за собою пигментъ въ видѣ бураго замкнутаго кольца на передней сумкѣ хрусталика; нерѣдко даже и въ этой стадіи рисунокъ и цвѣтъ радужной оболочки обазываются нормальными. Borthen въ этомъ иритѣ находитъ большое сходство съ картиной, описанной Grandclément¹⁾ (не при лепрѣ) подъ названіемъ „uvéite irienne ou iritis uvéenne“, по мнѣнію котораго въ данномъ случаѣ имѣется заболѣваніе только задняго пигментнаго слоя радужной оболочки, принадлежащаго собственно сѣтчаткѣ. Терминъ, введенный французскимъ авторомъ, въ работѣ Borthen'а приобрѣлъ полное право гражданства; многіе изъ его иритовъ подведены здѣсь подъ uvéite irienne.

При дальнѣйшихъ рецидивахъ воспалительныя явленія бывають сильнѣе выражены, появляются свѣтобоязнь, цилиарныя боли, паденіе зрѣнія, перикорнеальная инъекція, помутнѣніе жидкости передней камеры, иногда появляются отложенія, какъ при iritis serosa (Jeanselme и Morax). Рѣдко образуется желтоватый тягучій экссудатъ на днѣ передней камеры (Гуляницкій), иногда въ видѣ гипопіона (Дѣловъ). Въ такихъ случаяхъ иритъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновенно наблюдаемаго при сифилисѣ, гонорреѣ и другихъ болѣзняхъ (Jeanselme и Morax). Во время подобныхъ приступовъ нерѣдко приходится констатировать помутнѣнія стекловиднаго тѣла, безусловно указывающія на пораженіе рѣсничнаго тѣла

1) стр. 144. „ die Lepra des Auges evident häufiger intras als extrabulbär auftritt.“

1) Arch. d'opht. 1896 p. 618.

или сосудистой оболочки (Hansen и Bull), хотя, впрочем, никому не удалось найти каких-нибудь изменений в последней (Borthen).

Отличительной чертой лепрозного ирита должна считаться сильная экссудация, чаще всего являющаяся в видѣ пластически-фибринозного выпота. *Seclusio pupillae* съ ея гибельными слѣдствіями, какъ вторичная глаукома и атрофія яблока, не считаются рѣдкостью (Jeanselme и Mogaх). Если больному суждено долго еще прожить, то онъ рано или поздно лишится зрѣнія (Borthen). Въ исключительныхъ случаяхъ болѣзнь появляется сразу во всей своей силѣ и тогда неминуемо ведетъ къ слѣпотѣ („*Panophthalmitis acuta*“ Leloir'a), о подобномъ случаѣ, гдѣ больной ослѣпъ въ теченіе однѣхъ сутокъ, упоминаетъ и Borthen. Обыкновенно же иридоциклитъ протекаетъ приступами, длящимися не болѣе 6—8 недѣль; иногда зрѣніе послѣ такихъ атакъ можетъ вполне восстановиться, но обыкновенно оно послѣ всякаго рецидива все болѣе падаетъ и, наконецъ, дѣло кончается вышеупомянутымъ исходомъ (Borthen). Описанный пластическій иритъ есть самая частая форма, подъ видомъ которой проказа поражаетъ сосудистый трактъ, гораздо рѣже наблюдаются опухоли.

Опухоли радужной оболочки или развиваются изъ лепромъ сосѣднихъ съ нею частей или появляются въ радужкѣ самостоятельно.

Постепенный переходъ лепромъ роговой оболочки на периферическія части радужной, полную инфильтрацію послѣдней специфическими элементами и послѣдовательное заполненіе всей передней камеры лепрозными массами описываютъ уже Danielssen и Boeck. Обыкновенно опухоли берутъ свое начало у рѣсничнаго края радужной оболочки, въ нижнемъ углу передней камеры (Hansen и Bull) подъ видомъ, напоминающимъ гипопіонъ (Neve). Эта локализція по Borthen'у указываетъ на происхожденіе опухолей изъ рѣсничнаго тѣла или изъ частей, прилежащихъ къ Шлеммову каналу. Появленіе и ростъ лепромъ обыкновенно сопровождается иритомъ или

иридоциклитомъ съ болѣе или менѣе сильными болями. При дальнѣйшемъ развитіи опухоль все болѣе начинаетъ захватывать радужку и въ видѣ безформенныхъ розовато-сѣрыхъ или желтоватыхъ массъ выполняетъ переднюю камеру. Далѣе, опухоль подъ видомъ инфильтрата можетъ перейти и на глубокіе слои роговицы, такъ что въ концѣ концовъ, правда, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, получается одна лепрозная масса, совершенно замѣщающая собою переднюю камеру, и въ составъ которой входятъ и радужная и роговая оболочки. Граница между послѣдними въ такомъ случаѣ будетъ только опредѣляться уцѣлѣвшей, болѣе стойкой, Десцеметовой оболочкой (Lic, Franke и Delbanco).

Еще рѣже радужная оболочка бываетъ поражена подъ видомъ отдѣльныхъ самостоятельныхъ бугровъ, не находящихся въ видимой связи съ образованіями угла передней камеры, на подобіе того, какъ это наблюдается при сифилисѣ и туберкулезѣ. Такихъ случаевъ описано всего только четыре: первый изъ нихъ Hirschberg'омъ, а остальные три Borthen'омъ. Локализція лепромъ въ радужкѣ можетъ быть различная. Величина ихъ колеблется, доходя до булавочной головки и еще больше. Цвѣтъ ихъ молочно-бѣлый или желтовато-сѣрый, а иногда красновато-желтый. Образуются бугорки обыкновенно на почвѣ стараго ирита. Появленіе ихъ весьма часто совпадаетъ съ періодами выступанія узловъ въ другихъ частяхъ тѣла. Характернымъ признакомъ этихъ опухолей, по мнѣнію Hirschberg'a, должно считаться ихъ внезапное появленіе, „какъ бы послѣ эмболий“ и ихъ скорое исчезновеніе. Явленія раздраженія какъ со стороны радужки, такъ и вообще со стороны глаза не особенно сильны. Наблюдаются бугорки обыкновенно по нѣскольку сразу; такъ въ случаѣ Hirschberg'a число ихъ на одной радужкѣ разъ доходило до семи, а величина ихъ приблизительно равнялась просыному зерну. Иногда лепромы выступаютъ одновременно съ безформенными опухолями угла передней камеры или же появленіе одного образованія предшествуетъ появленію другого, въ иныхъ же случаяхъ опухоли сливаются въ одно цѣлое.

Чаще всего лепромы въ передней камерѣ всасываются, крайне рѣдко размягчаются и даютъ начало гипопиону (Danielsen и Boeck). Какъ правило, опухоли рецидивируютъ, если только при первомъ ихъ появленіи уже не наступилъ exitus letalis (Borthen). Предсказаніе, какъ quoad visum, такъ и quoad restitutionem oculi ad integrum, при лепромахъ должно быть поставлено дурное; а въ виду того, что появленіе внутриглазныхъ лепромъ служить вообще признакомъ тяжелой формы проказы, то и quoad vitam прогнозъ долженъ считаться дурнымъ (Borthen).

Что касается рѣсничнаго тѣла, то здѣсь никакихъ положительныхъ данныхъ не имѣется. Каросі вкратцѣ упоминаетъ объ одномъ больномъ, у котораго на обоихъ глазахъ имѣлись лепромы рѣсничнаго тѣла, но какихъ-либо болѣе точныхъ данныхъ нельзя было найти въ литературѣ относительно этого случая ни мнѣ, ни другимъ, работавшимъ по этому вопросу. Въ случаѣ Гуляницкаго (№ 5) вѣроятнѣе всего имѣлась лепрома, перешедшая на глубокіе слои склеры и затѣмъ подвергнувшаяся регрессивному метаморфозу. У этого пациента не было ни одного симптома, положительно указывавшаго на опухоль рѣсничнаго тѣла, какъ это обыкновенно бываетъ при гуммахъ или саркомахъ. Впрочемъ, и самъ авторъ не настаиваетъ на этомъ распознаваніи, но только высказываетъ свое предположеніе.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ измѣненіи радужной оболочки, въ первый разъ описанномъ только въ 1898-омъ году Jeanselme и Моракъ. Эти авторы въ двухъ случаяхъ видѣли на радужкѣ массу совершенно малыхъ, констатируемыхъ только при помощи луны сѣроватыхъ бугорковъ величиною съ острый конецъ иглы (pointe d'aiguille). У зрачковаго края эти образованія были многочисленнѣе и нѣсколько большихъ размѣровъ. Бугорки занимали всю радужную оболочку и разъ ограничивались однимъ глазомъ. Помимо этихъ двухъ случаевъ авторы наблюдали еще у одного больного нѣсколько подобныхъ образованій въ одномъ изъ квад-

рантовъ радужки. Интересно еще, что со стороны послѣдней не было никакихъ реактивныхъ явленій, цвѣтъ и поверхность ее были совершенно нормальны, реакція зрачка хорошая. По мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, бугорки ничто другое, какъ милиарныя лепромы и составляютъ аналогію съ точками, которыя наблюдаются при поверхностномъ лепрозномъ кератитѣ на роговицѣ. Подобное заболѣваніе радужки, при которомъ она была покрыта какъ бы цвѣточной пылью (feinster Blütenstaub), видѣли у одного изъ своихъ больныхъ въ послѣдствіи Dühring и Grantas. Въ самое послѣднее время упоминаетъ еще о такомъ случаѣ Patron-Espada, только у него бугорки имѣли немного большую величину и доходили до булавочной головки. Этими тремя недавними наблюденіями и ограничиваются всѣ свѣдѣнія относительно этихъ интересныхъ образованій.

Lepra maculo-anaesthetica. — Измѣненіями сосудистаго тракта при *Lepra maculo-anaesthetica* занимается одинъ почти только Borthen. По мнѣнію Danielssen'a и Boeck'a, Hansen'a и Bull'a, Leloir'a и др., слегка касающихся этого вопроса, радужная оболочка при этой формѣ проказы заболѣваетъ рѣдко и почти всегда вторично послѣ кератитовъ, вызванныхъ *lagophthalmus*омъ. Borthen почти ничего не упоминаетъ о зависимости измѣненій радужки отъ заболѣваній роговицы. Судя по его описанію, при *Lepra maculo-anaesthetica* должны встрѣчаться специфическіе ириты, не имѣющіе никакого отношенія къ *keratitis e lagophthalmo*. При изслѣдованіи 87 больныхъ на заболѣваніи сосудистаго тракта, послѣдній оказался измѣненнымъ у 32 больныхъ, т. е. въ 36,78% (у женщинъ въ 27,08%, у мужчинъ въ 48,72%).

Болезнь протекаетъ, какъ видно изъ работы Borthen'a, при этой формѣ легче, чѣмъ при бугристой. Иритъ обыкновенно начинается медленно, безъ рѣзко выраженныхъ воспалительныхъ явленій; иридоциклитъ наступаетъ только по прошествіи цѣлаго ряда рецидивовъ. Нѣсколько разъ автору приходилось наблюдать *uvéite irienne* съ тою разницею, что послѣдній

при проказѣ отличался большей продолжительностью, ограничивался иногда только однимъ глазомъ и встрѣчался одинаково, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. Воспаленіе, простиравшееся на всю радужную оболочку, и ею одною только ограничивавшееся, Borthen видѣлъ въ 7 случаяхъ; иритъ ничѣмъ не отличался отъ обыкновеннаго, развѣ только сравнительно малымъ выпотомъ. Незначительная эксудация вообще характеризуетъ, по мнѣнію автора, этотъ иритъ, особенно это относится къ передней поверхности радужки. Нерѣдко даже послѣ рецидивировавшихъ воспаленій ему приходилось видѣть поверхность радужной оболочки сравнительно мало измѣненной. Иначе уже относится задняя поверхность, которая довольно часто сростается съ передней сумкой хрусталика и можетъ давать поводъ къ образованію *seclus. pup.* при совместной *occlus.*, что нерѣдко бываетъ причиной острой или хронической глаукомы съ послѣдовательнымъ стафиломатознымъ измѣненіемъ глазного яблока. Чаше же послѣдній погибаетъ вслѣдствіе атрофіи, наступающей иногда послѣ рецидивирующихъ иридоциклитовъ. Но вообще предсказаніе ирита при *Lepra maculo-anaesthetica* должно считаться лучшимъ, чѣмъ при *Lepra tuberosa*, а при *uvéite irienne* даже довольно хорошимъ, особенно если послѣдній не рецидивируетъ (Borthen).

б) Собственные изслѣдованія.

Lepra tuberosa. — Мною было изслѣдовано на измѣненія радужной оболочки всего 149 человекъ (72 муж. и 77 женщ.). Изъ числа больныхъ (157) я исключилъ 8 человекъ: 6 трахоматозныхъ, одного съ *keratitis prof. leprosa* и одного съ абсолютной глаукомой. У одного изъ трахоматозныхъ оказался иритъ при *rannus crassus fere totalis*, а у 5 роговицы были столь сильно помутнены, что о радужкѣ чего либо положительнаго сказать было нельзя. При *keratitis parenchymatosa* роговица была настолько мутна, что о состояніи радужной оболочки трудно было судить. Изъ упомянутыхъ 149 человекъ 42 (28,19 %) имѣли измѣненія радужки — 22 мужчинъ (30,5 %) и 20 женщинъ (26 %).

Если сопоставить между собою числа, указывающія на заболѣванія отдѣльныхъ частей глаза, констатированныя у 139 больныхъ, разсмотрѣнныхъ въ отдѣлѣ роговицы и сравнить ихъ съ данными Borthen'a, то оказывается, что

- 1) вообще съ страданіями роговицы было . . . 79,13 % (62,39)¹⁾
- 2) съ заболѣваніемъ одной только роговицы . . 38,84 % (2,35)
- 3) вообще съ заболѣваніями радужки 30,21 % (63,79)
- 4) съ страданіемъ одной только радужки 1,43 % (6,03)
- 5) съ заболѣваніемъ эписклеры вообще 24,45 % (40,87)
- 6) съ заболѣваніемъ одной только эписклеры . . 0,72 %
- 7) съ одновременнымъ заболѣваніемъ роговицы,

радужки и эписклеры 12,23 % (39,21)

На основаніи приведенныхъ данныхъ я могу подтвердить выводы Borthen'a, что радужная оболочка при бугристой проказѣ страдаетъ часто и что болѣзнь рѣдко ограничивается ею одною. Что же касается дальнѣйшихъ предположеній автора, что первичное заболѣваніе роговицы относится къ исключительнымъ случаямъ, и что она почти всегда страдаетъ вторично вслѣдствіе разстройствъ радужной оболочки, resp. сосудистаго тракта, то я съ этимъ совершенно не согласенъ. Въ предыдущей главѣ я уже въ достаточной степени указалъ на большую неточность чиселъ Borthen'a относительно измѣненій роговицы, благодаря чему и получился у него столь малый процентъ для самостоятельныхъ заболѣваній послѣдней. Лепрозный кератитъ, сопровождающійся иритомъ, распознается много легче; иначе дѣло обстоитъ, какъ мы видѣли, въ начальныхъ стадіяхъ кератита, которыя упомянутый авторъ часто совсѣмъ не узнавалъ, благодаря несовершенному методу изслѣдованія. Но, помимо того, въ работѣ Borthen'a приведены статистическія данныя, которыя онъ совсѣмъ неправильно толкуетъ. Такъ, на основаніи того, что измѣненія эписклеры были констатированы въ 40,87 %, а радужки — въ 63,79 %, Borthen приходитъ къ

1) Числа, помѣщенные въ скобкахъ, выражаютъ процентныя данныя у Borthen'a.

заключенію, что внутреннія оболочки глаза при проказѣ заболѣваютъ гораздо чаще наружныхъ. О частотѣ заболѣваній энисклеры самъ авторъ въ соответствующемъ отдѣлѣ говоритъ слѣдующее: „приведенныя числа едва ли могутъ дать вѣрное понятіе о дѣйствительной частотѣ настоящей болѣзни, такъ какъ въ громадномъ числѣ случаевъ энисклеритъ проходитъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ.“ Изъ этихъ словъ самого Borthen'a видно, какъ скептически слѣдуетъ относиться къ сдѣланному имъ выводу. Далѣе становится совершенно непонятнымъ, почему авторъ для сравнительной оцѣнки частоты глубокихъ и поверхностныхъ заболѣваній глаза выбралъ именно энисклеритъ, а не роговицу, которая, какъ и энисклера, принадлежитъ къ болѣе поверхностнымъ частямъ глазного яблока. Къ тому же, по изслѣдованіямъ самого Borthen'a, роговица заболѣваетъ въ 62,39 % (стр. 140), т. е. еще чаще энисклеры, тогда какъ поражение сосудистаго тракта наблюдается въ 63,79 %; слѣдовательно, полученная разность не превышаетъ даже 1,5 %, которой, я думаю, и самъ Borthen не станетъ придавать какого-либо значенія, а еще болѣе утверждать послѣ подобнаго вывода, будто проказа начинается въ глазу съ болѣе глубокихъ его частей.

Употребляя термины „intra-и extrabulbär“, изслѣдователь выражается довольно не точно, но, по всей вѣроятности, онъ этимъ хочетъ сказать, что проказа распространяется на глазное яблоко чаще всего путемъ метастазовъ, чѣмъ прямымъ переходомъ процесса съ конъюнктивы; такъ по крайней мѣрѣ понимаютъ слова Borthen'a и компетентные офталмологи Achenfeld и Krukenberg ¹⁾. Если это такъ, то я только хочу замѣтить, что заболѣваніе болѣе поверхностныхъ частей глаза

1) „Aus dem Borthenschen Material geht sogar hervor, dass die tuberculöse Lepra des Augapfels häufiger intraokulär als extraokulär beginnt. (Es ist das eine statistische Stütze der auch von Hirschberg und besonders von Morax vertretenen Ansicht, dass die lepröse Infektion des Bulbus nicht von der Conjunctiva aus, wie Poncet und Babes annehmen, sondern metastatisch auf dem Blut- oder Lymphwege vor sich geht. Ref.)“.

ни въ какомъ случаѣ не говорить противъ эндогеннаго начала болѣзни, о чемъ намъ свидѣлствуютъ не рѣдкіе примѣры при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Утверждать же, какая именно изъ частей глаза въ дѣйствительности раньше заболѣваетъ при проказѣ, на основаніи матеріала Borthen'a, мнѣ кажется, едва ли возможно. Гораздо убѣдительнѣе было бы для насъ, если бы авторъ приводилъ случаи съ однимъ только притомъ, энисклеритомъ или кератитомъ и на нихъ сталъ бы строить свою гипотезу; но, какъ мы знаемъ, этого онъ не сдѣлалъ и ему приходилось наблюдать только цѣлыя группы болѣзней сразу, на основаніи которыхъ онъ и вывелъ свои заключенія. Изъ моего же матеріала слѣдуетъ, что поверхностный лепрозный кератитъ былъ констатированъ, какъ единственное заболѣваніе глазного яблока, въ 38,84% всѣхъ больныхъ бугристой формой, заболѣваніе одной радужки въ 1,43% и одной энисклеры въ 0,72%. Но тѣмъ не менѣе я совершенно далекъ отъ мысли утверждать, что въ роговицѣ слѣдуетъ искать начало болѣзни. Новѣйшія работы Uhlenhuth'a и Westphal'a, Franke и др. намъ доказываютъ, что въ глазахъ, которые при клиническомъ изслѣдованіи оказываются совершенно здоровыми, микроскопъ показываетъ иногда измѣненія, простирающіяся на роговицу, склеру, радужку и рѣсничное тѣло. Лепрозный ядъ по отношенію къ другимъ, какъ напр. къ туберкулезному, отличается довольно большой слабостью, и пока дѣло дойдетъ до настоящаго воспаленія, констатируемаго клинически, ему могутъ долго предшествовать довольно сильно выраженные микроскопическія измѣненія. Тогда какъ во всѣхъ частяхъ глаза эти измѣненія еще могутъ оставаться незамѣченными, на роговицѣ же вслѣдствіе нарушенной прозрачности, которая съ извѣстнаго момента должна наступить, они отъ болѣе или менѣе опытнаго изслѣдователя ускользнуть не могутъ. Хотя у меня и получился большой процентъ заболѣваній одной только роговой оболочки, однако я этимъ нисколько не хочу отрицать возможности существованія измѣненій и въ другихъ тканяхъ и, можетъ быть, еще гораздо сильнѣе выраженныхъ, клинически

же обыкновенно раньше всего измѣненія констатируются на роговицѣ.

Что касается клинической картины иритовъ, то мнѣ по большей части приходилось наблюдать хроническія формы. Въ 22 случаяхъ радужка была нормальнаго цвѣта, но существовали заднія синехіи съ болѣе или менѣе хорошо выраженной реакціей зрачка. 14 разъ былъ пораженъ только одинъ глазъ, при чемъ радужная оболочка другого оказалась неизмѣненной. У 4 больныхъ слѣды бывшаго воспаления выступали особенно рѣзко, синехій было довольно много, зрачекъ рѣшился мало подъ вліяніемъ атропина, и помимо того, имѣлась экссудатная пленка на передней сумкѣ хрусталика; у одного изъ этихъ пациентовъ такая картина наблюдалась на обоихъ глазахъ. Въ 5 случаяхъ регрессивныя измѣненія были выражены сильнѣе, чѣмъ въ предыдущихъ; здѣсь существовала атрофія радужной оболочки, масса синехій, и реакція зрачка совершенно отсутствовала; только два раза были оба глаза захвачены подобнымъ страданіемъ, и замѣчалось оно при довольно тяжелыхъ корнеосклеральныхъ лепромахъ, а у одного изъ этихъ больныхъ большая часть передней камеры была выполнена лепрозными массами. Что касается остальныхъ трехъ больныхъ, то два раза другой глазъ оказался совершенно здоровымъ, а у третьяго на немъ существовалъ острый придоциклитъ. Далѣе я наблюдалъ 5 больныхъ съ сильно выраженными задними синехіями и почти полнымъ отсутствіемъ реакціи зрачка, но о структурѣ самой радужки по причинѣ помутнѣній роговицы чего либо положительнаго сказать было нельзя; только у одного больного картина была односторонняя. Случай № 52 съ двусторонней атрофіей яблока и №№ 59 и 164 съ стафиломами обѣихъ роговицъ также, пожалуй, могутъ быть включены въ эту группу.

Острое воспаление мнѣ приходилось констатировать у 6 больныхъ, при чемъ у 4 болѣзнь протекала подъ видомъ серознаго ирита съ преципитатами на Десцеметовой оболочкѣ, у двухъ изъ нихъ еще существовали помутнѣнія стекловиднаго тѣла; въ одномъ изъ этихъ случаевъ иритъ собственно отсут-

ствовать, только реакція зрачка была вялая и глазъ при надавливаніи былъ болѣзненъ, такъ что скорѣе имѣлся циклитъ. У прочихъ больныхъ воспалительныя явленія со стороны радужки и сосѣднихъ тканей были довольно сильно выражены. Какъ въ остромъ, такъ и въ хроническомъ состояніяхъ иритъ ничѣмъ не отличался отъ серозныхъ или пластическихъ иритовъ вслѣдствіе другихъ причинъ: всегда наблюдалась та же перикорнеальная инъекція, тѣ же помутнѣнія въ передней камерѣ, тѣ же синехіи, словомъ та же картина, какъ она наблюдается при означенномъ воспаленіи вслѣдствіе сифилиса, ревматизма и другихъ общихъ болѣзней. Разъ болѣзнь (№ 250) протекала подъ видомъ иридохориоидита съ повышеннымъ внутриглазнымъ давленіемъ, при расширенномъ, не реагирующемъ зрачкѣ, мутной радужкѣ и помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла. Подобный симптомокомплексъ наблюдается также при иритахъ вслѣдствіе другихъ причинъ и, конечно, для проказы характернымъ считаться не можетъ.

Что касается ирита типа *uvéite irienne*, о которомъ такъ часто упоминаетъ Borthen, то я существованія такого при проказѣ на основаніи своихъ изслѣдованій подтвердить не могу. Не говоря уже о томъ, что вообще *irite uvéenne* является весьма сомнительнымъ, описанная Borthen'омъ картина далеко не совпадаетъ съ описаніемъ Grandclément'a, что отчасти признаетъ и самъ Borthen. Мнѣ неоднократно приходилось наблюдать случаи, которые, по крайней мѣрѣ, отчасти совпадаютъ съ случаями Borthen'a, но толкую я ихъ иначе. У 14 больныхъ зрачекъ на свѣтъ реагировалъ весьма вяло или совершенно не реагировалъ, былъ немного уже нормальнаго, подъ вліяніемъ атропина расширялся, но не ad maximum, не смотря на полное отсутствіе синехій. Воспалительныя явленія, какъ со стороны сосѣднихъ тканей, такъ и самой радужки, не существовали, цвѣтъ и рисунокъ послѣдней были нормальны. У 4 больныхъ зрачекъ имѣлъ круглую форму, у остальныхъ 10 она напоминала скорѣе овалъ, который послѣ введенія въ глазъ атропина все оставался такимъ же, не смотря на расширеніе

зрачка. Въ 10 случаяхъ можно было констатировать одновременно поверхностный кератитъ, а разъ легкій эписклеритъ, въ остальныхъ трехъ глаза оказались совершенно здоровыми. Овальный зрачекъ, нисколько не измѣнявшій своей формы подъ вліяніемъ ззерина, наблюдалъ и Vossius въ своемъ случаѣ проказы. Далѣе подобный случай упоминается у Borthen'a: „у больного на правомъ глазу имѣлась эписклеральная опухоль, въ прочихъ отношеніяхъ оба глаза оказались совершенно здоровыми, только лѣвый зрачекъ реагировалъ весьма вяло; въ два мѣсяца правый зрачекъ изъ круглаго превратился въ овальный; по прошествіи четырехъ мѣсяцевъ со времени перваго изслѣдованія, слѣва можно было констатировать въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ роговицы слегка начинающееся помутнѣніе, а зрачекъ перемѣнилъ свою круглую форму на овальную; со стороны радужной оболочки ничего ненормальнаго констатировать было нельзя“. — Въ упомянутыхъ 16 случаяхъ (14 собственныхъ наблюденій и по одному у Vossius'a и Borthen'a) объ иритѣ, какимъ мы его привыкли видѣть, конечно не можетъ быть и рѣчи; но, по моему мнѣнію, данная картина безусловно представляетъ первую клинически констатируемую реакцію радужной оболочки на вторженіе въ нее лепрознаго яда. Возможно, что въ первыхъ моихъ четырехъ случаяхъ рано или поздно зрачекъ окажется измѣненнымъ въ формѣ, а въ послѣднихъ десяти можно будетъ констатировать хроническій по временамъ обостряющійся иритъ. Доказательствомъ сказаннаго отчасти можетъ служить приведенное выше наблюденіе Borthen'a. Кромѣ того я самъ имѣлъ возможность наблюдать подтвержденіе этого взгляда въ случаѣ № 240, приведенномъ ниже (см. ист. бол. № 9). У этого больного при первомъ изслѣдованіи зрачекъ на правомъ глазу оказался вертикально овальнымъ, съ вялой реакціей и при полномъ отсутствіи заднихъ синехій, другихъ измѣненій тогда не было. Черезъ 1½ года я у этого больного нашелъ на томъ же глазу хроническій иритъ съ многочисленными задними синехіями, эписклеральную лепрому, поверхностный кератитъ и лепрому

въ передней камерѣ; на другомъ глазу измѣненій со стороны радужки не было.

То обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ означенное состояніе зрачковъ сопровождалось легкимъ специфическимъ поверхностнымъ кератитомъ, можетъ служить своего рода подтвержденіемъ высказаннаго мною мнѣнія о существованіи подобныхъ специфическихъ процессовъ и въ радужкѣ. Итакъ измѣненіе прозрачности роговицы и нарушенная подвижность зрачка при измѣненной его формѣ должны считаться самыми ранними клиническими симптомами проказы глаза.

Самостоятельныхъ лепромъ радужной оболочки въ видѣ отдѣльныхъ бугорковъ, какъ напр. при туберкулезѣ, я имѣлъ возможность наблюдать клинически у двухъ больныхъ. У больной № 249 (см. стр. 96) я могъ констатировать на лѣвомъ глазу двѣ лепромы, одна изъ нихъ сидѣла съ наружной стороны въ верхне-наружномъ квадрантѣ радужки и занимала почти всю ея ширину. Опухоль находилась ближе къ рѣсничному краю оболочки, имѣла круглую форму съ діаметромъ около 3 милл., возвышалась въ видѣ округленнаго бугра въ переднюю камеру, высота котораго равнялась приблизительно 2 милл. Цвѣтъ лепромы былъ сѣрый, кровеносныхъ сосудовъ на ней не замѣчалось. Другая опухоль величиною съ небольшую булавочную головку почти бѣлаго цвѣта сидѣла у верхняго края зрачка нѣсколько кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Сопутствующіе симптомы: хроническій иритъ съ задними синехіями; другія подробности ниже

У больного № 252 (см. ист. бол. № 1) лепрома радужки величиною съ небольшую булавочную головку, тоже почти бѣлаго цвѣта, сидѣла у зрачковаго края въ верхне-наружномъ квадрантѣ лѣваго глаза. Изъ сопутствующихъ измѣненій отмѣчены были: большая эписклеральная лепрома вокругъ наружной половины роговицы, keratitis superficialis въ верхней половинѣ, по сосѣдству съ эписклеральной лепромой были захвачены и глубокіе слои

роговицы; *iritis chronica* съ задними синехіями, сѣровато-бѣлыми точечными отложеніями на передней сумкѣ хрусталика.

(249) Бергъ Анетта 19 лѣтъ. *Lepra tuberosa*. — Первоначальный status, констатированный 20./V. 1902, см. ист. бол. № 22 8./I. 903. Пациентка страдаетъ три недѣли сильной свѣтобоязнью и болями въ лѣвомъ глазу.

Ос. s. Эписклеральная лепрома у наружного верхняго лимба увеличилась въ ширину и толщину. Рѣсничная инъекція средней степени. *Keratitis superf.* въ верхней трети роговицы. Передняя камера нормальной глубины. Зрачекъ неправильной формы вслѣдствіе массы заднихъ синехій. *Iris* измѣнена въ цвѣтѣ, мутновата, набухла, особенно въ наружной половинѣ. Въ паружно-верхнемъ квадрантѣ радужки опухоль округленной формы, имѣющая въ діаметрѣ около 3 милл. Новообразование лежитъ ближе къ рѣсничному краю радужки, сѣроватаго цвѣта и безъ видимыхъ сосудовъ. Другая опухоль съ маленькую булавочную головку бѣлаго цвѣта лежитъ у верхняго края зрачка, немного кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Немного ниже первой лепромы и ближе къ рѣсничному краю радужки замѣчается сѣроватое безсосудистое пятнышко съ нерѣзко ограниченными контурами.

Ос. d. безъ перемѣнъ.

19./I. Ос. s. Большая лепрома доходитъ до края зрачка. Относительно меньшей опухоли перемѣны констатировать нельзя. Кромѣ того образовались двѣ новыя лепромы. Онѣ лежатъ у самого края зрачка, одна по горизонтальному меридіану съ наружной стороны, другая еще ниже, немного кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Вновь образованныя лепромы сѣровато-бѣлаго цвѣта и по своимъ размѣрамъ не превышаютъ маленькой булавочной головки. — Воспалительныя явленія не выражены сильнѣе прежняго.

Visus oc. d. = 1,0; oc. s. = 0,2.

2./II. Большая лепрома приняла слегка розоватый оттѣнокъ. Она занимаетъ всю ширину радужки и у периферіи роговицы повидимому прикасается къ ея задней поверхности. Опухоль, лежавшая выше и кнутри отъ нея, почти совершенно всосалась, остальные двѣ безъ перемѣны. Но за то у зрачковаго края радужки, сейчасъ подъ большей лепромой образовалась новая, также сѣроватаго цвѣта, но по своимъ размѣрамъ меньше остальныхъ двухъ, лежащихъ ниже ея. Сѣроватое

пятно въ наружной половинѣ радужки безъ замѣтныхъ измѣненій.

Visus oc. d. = 1,0; oc. s. = 0,2.

Ос. d. Безъ перемѣны.

№ 1 (252). Випуль Япъ¹⁾, 29 л. *Lepra tuberosa*.

Края вѣкъ въ легкой степени диффузно инфильтрованы. Рѣсницы отсутствуютъ. Conj. palp. слегка гиперемирована.

Ос. s. Conj. bulbi слегка гиперемирована, легкая рѣсничная инъекція. Наружную половину роговицы окружаетъ паракорнеальная лепрома, имѣющая въ ширину больше 1 смт., въ толщину около 1 смт.. Лепрома розоватаго цвѣта, довольно плотной консистенціи, конъюнктивна надъ ней подвижна. Въ верхней половинѣ роговицы *keratitis superficialis*, но сосѣдству съ опухолью захвачены и глубокіе слои оболочекъ. Передняя камера глубже нормальной, въ самомъ нижнемъ углу ея сѣровато-желтая масса, напоминающая гипопионъ, верхній край ея представляетъ горизонтальную линію и неподвиженъ. У зрачковаго края верхне-наружнаго квадранта лепрома бѣлаго цвѣта, величиною съ небольшую булавочную головку. *Iris* слегка измѣнена въ цвѣтѣ, рисунокъ ея немного ступсеванъ. Масса заднихъ синехій. Сѣровато-бѣлыми точечными отложеніями на передней сумкѣ хрусталика. Дно глаза видно неясно, почему ничего положительнаго сказать нельзя.

Ос. d. Въ верхней половинѣ роговицы *keratitis superficialis*. Передняя камера еще глубже, чѣмъ съ лѣвой стороны. Много заднихъ синехій; экссудатная пленка отчасти прикрываетъ зрачекъ. Дно изслѣдовать не удастся.

Visus oc. utr. — пальцы на 3 метра; стекла не улучшаютъ.

29/I. Надъ гипопионовидной массой въ передней камерѣ слѣды крови. Другихъ перемѣнъ констатировать нельзя.

2/II. Кнаружи отъ лепромы образовалось сѣроватое не строго ограниченное пятно въ радужкѣ.

4/II. По желанію пациента, проф. Евецкій удалилъ оперативнымъ путемъ эписклеральную лепрому.

7/II. Удаленіе швовъ. Заживленіе per primam. Перемѣны со стороны радужки констатировать нельзя.

9/II. Лепрома радужки, бляшка, гипопионовидная масса въ углу передней камеры безъ перемѣны; кровь всосалась.

1) Означенный больной явился въ амбулаторію Глазной клиники 18-го января 1903, когда моя работа была почти закончена.

Помимо этих двух случаев, я видѣлъ такую-же лепрому радужки на анатомическомъ препаратѣ глаза, изслѣдованномъ профессоромъ Евецкимъ. У этой больной я при клиническомъ изслѣдованіи, произведенномъ за десять дней до смерти, никакой опухоли не видѣлъ, она развилась слѣдовательно въ теченіе немногихъ дней. Лепрома сидѣла у нижняго края зрачка и была шириною въ 2 милл. Въ центрѣ ея находилась полость, которая черезъ щелевидное отверстіе у края зрачка, сейчасъ надъ сфинктеромъ, стояла въ сообщеніи съ передней камерой. На нѣкоторыхъ препаратахъ полость была пуста, на нѣкоторыхъ отчасти выполнена островками изъ дегенерированныхъ клѣтокъ. Лепрозныхъ палочекъ въ опухоли было въ общемъ немного, чаще онѣ встрѣчались въ такъ называемыхъ Вирховскихъ клѣткахъ. Слѣдовательно, въ немногіе дни лепрома не только успѣла развиться, но даже перейти въ размягченіе съ образованіемъ центральной полости. Кромѣ того, анатомическое изслѣдованіе показало присутствіе хроническаго иридоциклита съ небольшимъ скопленіемъ гноя на днѣ передней камеры.

При жизни я только могъ констатировать у пациентки слѣды бывшаго ирита, воспалительныя явленія со стороны глаза совершенно отсутствовали. Пациентка была весьма слаба, въ сильной мѣрѣ страдала отъ ежедневно появляющихся по всему тѣлу узловъ и наконецъ умерла отъ истощенія.

Этотъ случай имѣетъ большое сходство съ описаннымъ Hirschberg'омъ: какъ тамъ, такъ и здѣсь опухоль образовалась на почвѣ стараго ирита, появилась быстро и вѣроятно быстро бы исчезла; время появленія ея также совпадало съ обостреніемъ общей болѣзни.

Этотъ случай подтверждаетъ также мнѣніе Borthen'a относительно прогноза при лепромахъ радужки; по его наблюденіямъ, появленіе ихъ служитъ признакомъ тяжелой формы проказы и даетъ дурное предсказаніе не только *quoad restitutionem oculi*, но даже и *quoad vitam*.

Въ моихъ 3 случаяхъ лепромъ радужки въ первомъ пришлось наблюдать 5 бугорковъ, появившихся довольно скоро другъ за другомъ; въ остальныхъ двухъ на радужной оболочкѣ имѣлось только по одной лепромѣ. Изъ числа этихъ семи бугорковъ шесть сидѣли у самаго зрачковаго края и только одинъ развился сначала въ периферіи радужки и только впоследствии, при дальнѣйшемъ ростѣ, достигъ зрачковаго края. Этотъ бугорокъ отличался отъ остальныхъ своей значительной величиной, онъ скорѣе имѣлъ видъ опухоли, между тѣмъ какъ другіе по своимъ размѣрамъ были меньше булавочной головки. Цвѣтъ всѣхъ бугорковъ сѣровато-бѣлый, иногда даже совсѣмъ бѣлый, только самый крупный изъ нихъ сталъ впоследствии красноватымъ.

Судя по анамнезу и анатомическимъ даннымъ моего третьяго случая, отъ появленія бугорка до начала его инволюціи (образованіе центральной въ немъ полости) прошло очень немного дней, но нельзя сказать, сколько времени можетъ существовать бугорокъ, по крайней мѣрѣ я могъ ихъ наблюдать въ теченіе 3—4 недѣль, при чемъ одинъ изъ нихъ сталъ гораздо больше, а нѣкоторые немного уменьшились въ величинѣ. У первой больной съ множественными лепромами одинъ бугорокъ почти исчезъ въ теченіе указаннаго времени наблюденія, но мнѣ осталось неизвѣстнымъ, когда онъ впервые появился. Число бугорковъ колебалось въ моихъ наблюденіяхъ отъ 1 до 5, во всѣхъ случаяхъ лепромы встрѣчались только на одной сторонѣ. Повидимому, появленію бугорковъ всегда предшествуетъ хроническій иритъ герп. иридоциклитъ, который и сопровождаетъ дальнѣйшее ихъ теченіе. Возможно думать, что появленіе бугорковъ сопровождается обостреніемъ ирита, за что говорить какъ клиническое наблюденіе, такъ и присутствіе гноя на днѣ передней камеры въ моемъ 3-ьемъ случаѣ.

Здѣсь я долженъ еще обратить вниманіе на существованіе въ радужкѣ плоскихъ пятенъ, также сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ нерѣзкими границами, безъ видимыхъ сосудовъ. Я наблюдалъ ихъ у первыхъ двухъ упомянутыхъ выше больныхъ съ бугор-

ками на радужкѣ. Это явленіе аналогично тому, что наблюдается при сифилисѣ, гдѣ помимо шанулъ, встрѣчаются перѣдко характерныя пятна желтовато-краснаго цвѣта.

Трудно сказать, какое значеніе имѣютъ означенныя бѣловатыя пятна на радужкѣ: самостоятельны ли это формы плоскихъ бугорковъ или они предшествуютъ появленію здѣсь лепромъ? Они располагались, повидимому, исключительно на поверхности *iris* безъ замѣтнаго отношенія къ малому и большому артеріальному кругу.

Что касается миллиарныхъ образований, о которыхъ упоминаютъ *Jeanselme* и *Morax, v. Dühring, Trantasi Patron-Espada*, то я существованіе таковыхъ на основаніи моихъ изслѣдованій вполне могу подтвердить. Въ виду того, что описано только три случая подобнаго заболѣванія, я считаю не лишнимъ пополнить литературу своими исторіями болѣзни.

№ 2 (134). Неммикъ Янъ, 53 л. *Lepra tuberosa*. Боленъ 7 лѣтъ. Лепрозорія — Тарвасть № 20. Верхнія вѣки диффузно инфильтрованы, особенно наружныя половины ихъ. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Cornea* ос. utr.: масса отдѣльныхъ поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній, справа занимающихъ верхнюю треть роговицы, слѣва верхнюю половину. *Gerontoxon*. *Iris* ос. utr.: зрачекъ овальной формы, реагируетъ на свѣтъ довольно вяло; *iris* нормальнаго цвѣта, воспалительныя явленія отсутствуютъ. Невооруженнымъ глазомъ ничего больше нельзя въ ней констатировать, но при изслѣдованіи лупой при боковомъ освѣщеніи видна въ наружной половинѣ радужки масса отдѣльныхъ сѣроватыхъ еле замѣтныхъ бугорковъ, которые у зрачковаго края соотвѣтственно *circ. iridis min.* становятся нѣсколько крупнѣе и еще многочисленнѣе; то же самое наблюдается у рѣсничнаго края, но здѣсь они не достигаютъ такой величины, какъ у зрачка. Чувствительность на кожѣ вѣкъ, соединительной вѣкъ и яблока и на роговицѣ понижена.

Visus ос. d. + 0,5 D. sph. < 0,9

ос. s. + 0,5 D. sph. < 0,8.

№ 3 (149) Гаверландъ Мертъ, 61 г. *Lepra tuberosa*. Боленъ будто 2 года проказой. Лепрозорія — Тарвасть № 71. Вѣки: края диффузно инфильтрованы; рѣсницы на верхнихъ вѣкахъ весьма малочисленны и атрофированы, на нижнихъ отсут-

ствуютъ. *Cornea* ос. d.: Въ верхней трети нѣсколько поверхностныхъ диффузно ограниченныхъ точечныхъ помутнѣній; ос. s.: верхнія $\frac{2}{3}$ диффузно помутнены въ поверхностныхъ слояхъ. въ помутнѣніи различаются отдѣльныя болѣе насыщенные точечныя помутнѣнія; въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ роговицы *macula* въ 2 кв. милл. (*post corp. alien.*). *Gerontoxon*. *Iris* ос. utr.: Зрачекъ овальной формы, реагируетъ вяло; цвѣтъ радужки нормальный, воспалительныя явленія отсутствуютъ; ос. d.: Почти весь зрачковый край радужной оболочки за исключеніемъ внутренняго нижняго квадранта усянъ на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ *circ. iridis min.* массой отдѣльныхъ величиною съ песчинку сѣроватыхъ бугорковъ; подобные бугорки, но меньшихъ размѣровъ, встрѣчаются въ большомъ количествѣ по всей наружной половинѣ радужки, на внутренней за исключеніемъ области *circ. irid. min.* они отсутствуютъ; ос. s.: бугорковъ констатировать не удается. *Cataracta incipiens* ос. utr. *Fundus* ос. d.: По причинѣ помутнѣній роговицы и хрусталика дно видно весьма мутно, и ничего положительнаго сказать нельзя. ос. s. Вокругъ всего соска преимущественно съ носовой стороны масса розовато-бѣлыхъ диффузно ограниченныхъ точекъ, лежащихъ подъ сосудами сѣтчатки. Все дно вслѣдствіе измѣненій роговицы и хрусталика видно мутно. *Visus* ос. utr. = 0,6; стекла не улучшаютъ. Цвѣтоощущеніе: Зеленый цвѣтъ не узнается. На субъективныхъ данныхъ пациента полагаться нельзя.

№ 4 (206). Сафранъ Маркусъ, 19 л. *Lepra tuberosa*. Боленъ 12 лѣтъ. Лепрозорія — Непналь № 209. На рѣсничномъ краѣ обѣихъ верхнихъ вѣкъ и лѣваго нижняго лепрома: рѣсницы вездѣ отсутствуютъ; чувствительность на лепромахъ сильно понижена, въ прочихъ частяхъ нормальна. *Cornea* ос. utr.: Масса отдѣльныхъ поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній, справа занимающихъ всю роговицу, слѣва верхнія $\frac{2}{3}$ ея. *Iris* ос. utr.: Цвѣтъ нормальный, воспалительныя явленія отсутствуютъ; ос. d.: Вся радужка, особенно ея наружная половина, усяна массой отдѣльныхъ меньше булавочной головки сѣроватыхъ бугорковъ; ос. s.: Бугорки отсутствуютъ. *Visus* ос. d. < 0,2; ос. s. < 0,4; стекла не улучшаютъ.

№ 5 (208). Ретсенъ Янъ, 32 л., *Lepra tuberosa*. Боленъ 7 лѣтъ. Лепрозорія — Непналь № 233. Верхнія вѣки въ наружной половинѣ слегка диффузно инфильтрованы; рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Conj. palp.* ос. utr. слегка гипе-

ремирована. Cornea ос. d.: Помутнѣніе въ верхней трети, имѣющее въ наружной половинѣ диффузный характеръ, а въ внутренней состоящее изъ отдѣльныхъ поверхностныхъ точекъ; ос. s.: Диффузное помутнѣніе въ верхней трети роговицы, ближе къ центру ея принимающее точечный характеръ. Iris ос. d.: измѣненій нѣтъ; ос. s.: Зрачекъ неправильной формы (задніа синехіа), пигментъ на передней сумкѣ хрусталика; въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ радужной оболочки, ближе къ вертикальному меридіану отдѣльные сѣроватые величиной съ песчинку бугорки, становящіеся многочисленнѣе у зрачковаго края радужки. Воспалительныя явленія отсутствуютъ. Visus ос. utr. = 1,0.

Какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни, бугорки по цвѣту, формѣ и величинѣ совершенно походили на описанные вышеупомянутыми авторами. Локализовались они преимущественно въ наружной половинѣ радужной оболочки и достигали наибольшаго развитія въ области *circ. irid. minor.*, не вызывая при этомъ никакихъ реактивныхъ явленій. Ихъ величина такъ незначительна, что они становятся видимы только при изслѣдованіи луной и при боковомъ освѣщеніи. Радужная оболочка обыкновенно не поражена, въ одномъ только случаѣ пришлось видѣть задніа синехіа, какъ слѣдствіе бывшаго ирита. Во всѣхъ моихъ случаяхъ наблюдался поверхностный точечный кератитъ и очень можетъ быть, что Jeanselme и Morax правы, если полагаютъ, что эти „милліарныя лепромы“ по своему строенію представляютъ аналогію съ точечными инфильтратами роговицы. Помимо постоянного присутствія кератита существуютъ еще нѣкоторые другіе признаки, говорящіе въ пользу этой аналогіи: весьма раннее появленіе, мирный безреакціонный характеръ и болѣе рѣдкая локалізація воспаления во внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ оболочки — особенности свойственныя точечному поверхностному лепрозному кератиту. Всѣ эти признаки не были чужды и нашему случаю. Дальнѣйшія изслѣдованія должно быть насъ еще ближе ознакомить съ описанными образованіями. Они, по всей вѣроятности, не принадлежатъ къ чрезвычайнымъ рѣдкостямъ, если уже на 146

человѣкъ мнѣ пришлось ихъ видѣть четыре раза, а авторы, до меня констатировавшіе подобные бугорки, наблюдали ихъ на еще меньшемъ числѣ больныхъ.

Помимо описанныхъ выше изолированныхъ лепромъ радужки, въ передней камерѣ встрѣчаются иногда лепромы, происхожденіе которыхъ при клиническомъ наблюденіи не всегда удается установить съ положительностью. Такія лепромы я наблюдалъ у пяти больныхъ. Въ одномъ случаѣ (№ 240. Ист. б. 9), гдѣ повидимому имѣлся ранній періодъ развитія опухоли, она имѣла видъ горизонтально лежащаго треугольника, основаніе котораго скрывалось за лимбомъ (внутреннимъ), а вершина была обращена къ зрачку. Поверхность ея гладкая, цвѣтъ бѣлый съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Видимыхъ сосудовъ въ ней не было. Опухоль прилежала къ Десцеметовой оболочкѣ и повидимому не стояла въ связи съ радужной. Въ другомъ случаѣ (№ 252. Ист. б. 1) сѣроватаго цвѣта опухоль лежала на днѣ передней камеры и имѣла сходство съ скопленіемъ здѣсь гноя, такъ какъ ея верхній край представлялъ горизонтальную линію, но зато она не была подвижна. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ сѣраго или бураго цвѣта опухоли имѣли значительно большіе размѣры и выполняли большую или меньшую часть передней камеры. Цвѣтъ ихъ сѣровато-бурый, поверхность неровная, сосудовъ повидимому не было.

Ихъ отличительное свойство состояло въ томъ, что эти опухоли всегда стояли въ связи съ угломъ передней камеры, откуда онѣ, видимо, брали свое начало. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (№ 126. Ист. б. 6.), помимо большой опухоли внизу, находилась еще другая въ наружно-верхнемъ квадрантѣ передней камеры, тоже прилежавшая къ соответствующему углу камеры. Всѣ эти случаи отличались рѣзко выраженнымъ иритомъ съ многочисленными задними синехіями, иногда съ *occlusio pupillae* или атрофіей радужной оболочки. Иногда картина имѣла больше характеръ иридоциклита. Иногда зрачекъ имѣлъ овальную форму, былъ какъ бы притянутъ къ опухоли. Въ одномъ случаѣ лепромы передней камеры наблюдались на

обоихъ глазахъ. Роговица почти всегда поражена, илиг глубоко-кимъ, или поверхностнымъ лепрознымъ кератитомъ въ большей или меньшей степени. Обыкновенно опухоли передней камеры протекають хронически, безъ бурныхъ симптомовъ воспаления.

Принято считать мѣстомъ развитія этихъ опухолей область circ. irid. maj. или Шлеммова канала (Lie). Возможно, что это такъ бываетъ, хотя только анатомическое изслѣдованіе свѣжихъ случаевъ можетъ рѣшить вопросъ. Мнѣ кажется возможнымъ исходную точку ихъ искать въ согр. ciliari, аналогично происхожденію сифиломъ рѣсничнаго тѣла, которыя отсюда также проникають въ переднюю камеру и могутъ захватить радужную оболочку и роговицу.

Исходомъ этихъ опухолей является обыкновенно полная или почти полная слѣпота вслѣдствіе наступленія тяжелаго придоциклита.

№ 6 (126). Егевестъ Іоханъ, 54 л. *Lepra tuberosa*. Болець 9 лѣтъ. Лепрозорія-Тарвасть № 13.

Край верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочислены и атрофированы. Conj. palp. ос. utr. гиперемирована. Conj. bulbi ос. d. въ области глазной щели гиперемирована. У лимба соотвѣтственно наружному верхнему квадранту правой роговицы желтовато-бурое окрашиваніе склеры полукруглой формы шириною въ 1 смт.. Опухоли нѣтъ. Conj. bulbi s. гиперемирована; значительная рѣсничная инъекція. Cornea ос. d. въ верхней четверти диффузно помутнена въ поверхностныхъ слояхъ. Ос. s. Нижняя треть роговицы занята во всю свою толщю желтовато-бурымъ васкуляризованнымъ инфильтратомъ; остальная слегка диффузно помутнена, сильнѣе въ верхней четверти. Чувствительность на conj. palp. отсутствуетъ, на conj. bulbi и на роговицѣ понижена. Iris ос. s.: Передняя камера въ нижней своей трети занята темнубурой массой, которая съ одной стороны прилежитъ къ радужкѣ, съ другой повидимому находится въ связи съ глубокимъ инфильтратомъ роговицы. Верхній наружный квадрантъ камеры также выполненъ подобною массою, прилежащей къ соотвѣтствующему углу камеры. Зрачка не видно. Iris слегка набухла, съ зеленоватымъ оттѣнкомъ. Ос. d.: Измѣненій нѣтъ. Дно праваго глаза безъ измѣненій; слѣва не получается рефлекса. Visus ос. d. + 1,0 D = 1,0;

V. ос. s. = движеніе руки на $\frac{1}{4}$ метра. Ос. s: проекція неправильная, глазъ при надавливаніи слегка болѣзненъ, тензія безъ особыхъ измѣненій.

№ 7 (181). Саулъ Минна, 40 л., *Lepra tuberosa*. Больна 24 г. Лепрозорія — Тарвасть № 90.

Ос. utr.: *Lagophthalmus* средней степени, справа немного сильнѣе выраженъ. Вѣки совершенно не могутъ быть смыкаемы. Рѣсницы малочислены и атрофированы. Ос. d.: Почти у самого лимба наружнаго нижняго квадранта эписклеральная опухоль. Между послѣдней и лимбомъ пространство въ 1 милл. слишкомъ, не занятое опухолью. Конъюнктива подвижна надъ нею, гиперемирована. Ос. s.: Conj. bulbi слегка гиперемирована, легкая рѣсничная инъекція. Снаружи отъ роговицы, у лимба соотвѣтственно горизонтальному меридіану эписклеральная опухоль сѣровато-краснаго цвѣта шириною въ 3 милл., толщиною въ 1 милл. Cornea ос. s. въ нижней своей половинѣ во всю толщю инфильтрована. Помутнѣніе лейкомазно-бѣлаго цвѣта; эпителий неровный, но цѣль. Iris ос. d. Зрачекъ овальной формы, реагируетъ довольно хорошо, заднихъ синехій нѣтъ; цвѣтъ и рисунокъ радужки нормальны. Ос. s.: Передняя камера въ нижней половинѣ, на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ инфильтрату, отсутствуетъ; здѣсь послѣдній какъ бы переходитъ на радужную оболочку. Зрачка не видно. Iris слегка атрофирована. Fundus ос. d. безъ измѣненій.

Visus ос. d. < 0,9; ос. s. = движеніе руки на $1\frac{1}{2}$ метра. Ос. s.: проекція неправильная, тензія понижена, глазъ при надавливаніи болѣзненъ.

№ 8 (215). Туликъ Анъ, 35 л. *Lepra tuberosa*. Больна 11 лѣтъ. Лепрозорія — Ненналь № 27.

Ос. utr.: Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно край верхнихъ. На правомъ верхнемъ вѣкѣ три лепромы больше горошины; на лѣвомъ верхнемъ лепрома, занимающая всю наружную половину; на лѣвомъ нижнемъ въ серединѣ лепрома меньше горошины. У внутренняго угла верхнихъ вѣкъ имѣется еще нѣсколько атрофическихъ рѣсницъ, въ прочихъ мѣстахъ онѣ отсутствуютъ. Conj. palp. гиперемирована, бархатиста. Ос. d.: Вокругъ нижней половины роговицы серповидная эписклеральная опухоль розоватаго цвѣта, довольно плотной консистенціи; въ наружной половинѣ опухоль большихъ размѣровъ, ширина ея здѣсь больше 1 смт., толщина около 7 милл. Конъюнктива

надъ лепромой подвижна, гиперемирована. Ос. s.: У лимба, соответственно верхней половинѣ наружнаго нижняго квадранта, незначительная эписклеральная опухоль розоватаго цвѣта. Конъюнктивна надъ опухолью подвижна, во всемъ наружномъ нижнемъ квадрантѣ гиперемирована. Cornea ос. d.: Эписклеральная опухоль переходитъ на нижніи $\frac{3}{5}$ роговицы и занимаетъ повидимому всю ея толщю. Эпителий роговицы цѣль, шагреневанъ. Остальная роговица слегка диффузно помутнена въ поверхностныхъ слояхъ. Gerontoxon. Ос. s.: Въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ роговица во всю свою толщю помутнена, легкая васкуляризація. Эпителий шероховатъ, по цѣль. Iris ос. d.: Передняя камера, насколько видно черезъ измѣненную роговицу, выполнена бурными массами; кое-гдѣ между этими массами видна атрофированная iris; зрачка не видно. Ос. s.: Зрачекъ оттянутъ внаружи и книзу. Въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ передней камеры бурныя массы. Iris атрофирована. Частичное помутнѣніе хрусталика. Съ дна глаза получается только слабый рефлексъ. Чувствительность на кожѣ вѣкъ, на conj. bulbi, эписклеральныхъ опухляхъ и на правой роговицѣ сильно понижена, на лепромахъ вѣкъ и на конъюнктивѣ послѣднихъ она отсутствуетъ; на лѣвой роговицѣ чувствительность повидимому безъ измѣненій. Visus ос. d. = движеніе руки на $\frac{1}{3}$ метра; ос. s. = пальцы на 4 метра. Ос. d. проэкція неправильная.

№ 9 (240). Ясѣь Адамъ. Lepra tuberosa. Начала появленія симптомовъ проказы, равно и возраста больного констатировать не удается.

23/IX 901. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Ос. d.: Iris нормальнаго цвѣта. Зрачекъ вертикально овальной формы (заднихъ синехій при расширеніи атропиномъ констатировать нельзя, зрачекъ остается такимъ же). Реакція нѣсколько вялая.

Visus ос. utr. = 1,0.

23/XII 901. Перемѣны нѣтъ.

20/V 902. У лимба правой роговицы съ наружной ея стороны по горизонтальному меридіану небольшая паракорнеальная лепрома желтоватаго цвѣта. Въ верхней четверти роговицы поверхностный диффузный кератитъ. Iris безъ перемѣны.

Visus ос. d. = 0,8; ос. s. = 0,6.

8/I 903. Ос. d. Пациентъ жалуется на боль въ правомъ глазу. Паракорнеальная лепрома безъ перемѣны. Легкая рѣс-

ничная инъекція. Iris измѣнена въ цвѣтѣ, набухла. Зрачекъ узкій, неправильной формы, почти полная *seclusio pupillae*. Во внутренней половинѣ передней камеры, соответственно горизонтальному меридіану, желтовато-бѣлая безсосудистая опухоль треугольной формы; основаніе ея скрывается за лимбомъ, вершина до зрачка не доходитъ. Поверхность новообразования гладкая и прилежитъ къ Десцеметовой оболочкѣ, съ радужкой повидимому опухоль въ связи не находится.

Visus ос. d. = 0,4; ос. s. = 0,5.

Назначеніе: атропинъ.

2/II 903. Болей нѣтъ. Перикорнеальная инъекція отсутствуетъ. Форма зрачка по прежнему. Воспалительныя явленія со стороны радужки мало выражены. Опухоль въ передней камерѣ безъ перемѣны.

Visus ос. d. = 0,4; ос. s. = 0,6.

Lepra maculo-anaesthetica. — На заболѣваніе радужной оболочки было изслѣдовано 84 человѣка (57 мужчинъ и 27 женщинъ), при чемъ она оказалась измѣненной въ одиннадцати случаяхъ, т. е. въ 13,09%; у женщинъ измѣненія встрѣчались восемь разъ (14,03%), у мужчинъ три раза (11,11%).

Во всѣхъ случаяхъ существовалъ *lagophthalmus*. У восьми больныхъ можно было констатировать типическій *keratitis e lagophthalmo*, у остальныхъ трехъ роговица также была поражена, но настоящій характеръ упомянутаго кератита выступалъ слабѣе. У четырехъ больныхъ иритъ протекалъ въ видѣ острого воспаленія, у двухъ изъ нихъ иритъ былъ односторонній; въ трехъ случаяхъ одновременно существовало заболѣваніе рѣсничнаго тѣла: значительныя цилиарныя боли, болѣзненность при надавливаніи на рѣсничную область, отложенія на Десцеметовой оболочкѣ въ видѣ треугольника, обращеннаго основаніемъ внизъ, а разъ даже помутнѣнія стекловиднаго тѣла. У пяти человѣкъ иритъ наблюдался въ хронической формѣ, причемъ одинъ только разъ онъ былъ двусторонній, а въ двухъ случаяхъ мы имѣли обыкновенный исходъ рецидивирующихъ иридоциклитовъ — атрофію глазного яблока.

Заболѣванія сосудистаго тракта у моихъ больныхъ ничѣмъ не отличались отъ часто наблюдаемыхъ вслѣдствіе другихъ при-

чить и для проказы ничего характернаго не представляли. Никаких *uvéite irienne* ни въ смыслѣ *Grandclément*, ни въ смыслѣ *Borthen'a*, я не наблюдалъ. Болѣзнь повидимому при *Lepra maculo-anaesthetica* дѣйствительно протекаетъ легче, чѣмъ при *Lepra tuberosa*, и не ведетъ такъ часто къ столь печальнымъ слѣдствіямъ, какъ послѣдняя; лучшимъ доказательствомъ чего можетъ служить упомянутый нами больной № 54 (см. стр. 77).

Во всѣхъ моихъ случаяхъ одновременно существовали *Iagophthalmus* и кератитъ. Были ли они всегда причинами прита сказать трудно, но у нѣкоторыхъ больныхъ безусловно. Въ существованіи самостоятельныхъ заболѣваній радужной оболочки я не сомнѣваюсь, но для подтвержденія этого мнѣнія, мы еще нуждаемся въ дальнѣйшихъ клиническихъ, а можетъ быть, и микроскопическихъ изслѣдованіяхъ. Едва ли однако удастся найти здѣсь бациллы, которые только и служатъ несомнѣннымъ доказательствомъ специфичности болѣзни, но, какъ извѣстно, при *Lepra maculo-anaesthetica*, почти никогда ихъ не находятъ. *Lie*, *Franke* и *Delbanco* изслѣдовали анатомически глаза, взятые послѣ смерти больныхъ пятнистой проказой, причемъ въ сильно измѣненныхъ тканяхъ передняго отрѣзка глазного яблока нашли множество лепрозныхъ палочекъ; однако всѣ эти случаи должны быть отнесены къ бугристой формѣ. Достаточно привести нѣсколько словъ изъ исторій болѣзни двухъ послѣднихъ авторовъ, чтобы тотчасъ обнаружить ихъ ошибку: „Теченіе проказы было таковое, что сперва на кожѣ появились пятна, которыя впослѣдствіи на лицѣ, ушахъ, рукахъ и ногахъ превратились въ инфильтраты и узлы . . .“ Эти слова коротко и наглядно намъ изображаютъ типическое развитіе бугровъ при бугристой проказѣ, при пятнистой никогда изъ пятенъ не образуются узлы, и послѣдніе вообще при *Lepra maculo-anaesthetica* отсутствуютъ. Что касается случая *Lie*, то общая картина болѣзни, правда, не говоритъ противъ пятнистой проказы, но за то описаніе глазъ тотчасъ должно внушить подозрѣніе относительно формы проказы: „... Въ конъю-

нктивѣ глазного яблока особенно снаружн замѣчается диффузная клѣточная инфильтрація . . . Содержащій бациллы инфильтратъ достигаетъ у наружной части лимба наибольшей толщины . . . Инфильтратъ по своему строенію напоминаетъ плоскій бугоръ . . .“ Здѣсь, конечно, не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что дѣло шло о такъ называемомъ плоскомъ корнео-склеральномъ инфильтратѣ, который встрѣчается исключительно при *Lepra tuberosa* и чаще всего локализуется у лимба наружнаго нижняго квадранта роговицы, какъ это и наблюдалось въ упомянутомъ случаѣ. Да авторъ и самъ далѣе говоритъ: „этотъ случай относится къ числу тѣхъ пятнистой формы, которые черезъ нѣкоторое время переходятъ въ бугристую.“ Подобный переходъ у насъ не наблюдается, и все эти больные уже съ самого начала причисляются къ бугристой формѣ, при которой, какъ правило, бациллы находятъ легко и въ большомъ количествѣ. Глаза больныхъ, умершихъ отъ несомнѣнной пятнистой проказы, насколько я могу судить по бывшей въ моемъ распоряженіи литературѣ, до сихъ поръ еще никѣмъ микроскопически не были описаны.

6. Хрусталикъ.

Старческая катаракта встрѣчается у лепрозныхъ одинаково часто, какъ и у здоровыхъ и ничего типическаго для проказы не представляетъ. Измѣненія радужной оболочки и особенно рѣсничнаго тѣла нерѣдко вызываютъ расстройства питанія въ хрусталикѣ и даютъ такимъ образомъ поводъ къ образованію послѣдовательной катаракты; чего либо специфическаго въ этихъ случаяхъ авторамъ подъ микроскопомъ констатировать не удалось. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при весьма сильныхъ измѣненіяхъ, когда весь передній отдѣлъ глаза бываетъ занятъ одной лепрозной тканью (Franke и Delbanco), можетъ узурпироваться передняя сумка и послѣдовать совершенное разсасываніе катаракты.

Что касается моихъ изслѣдованій, то у 32 больныхъ (18 разъ при *Lepa maculo-anaesthetica*, 14 разъ при *Lepa tuberosa*) я былъ въ состояніи констатировать катаракту; по большей части она была еще въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ; больные эти находились въ преклонномъ возрастѣ, какой-либо другой причины кромѣ старости было трудно предполагать. У одного паціента съ хроническимъ иридоциклитомъ при лепромахъ въ передней камерѣ и радужкѣ существовало помутнѣніе хрусталика, по всей вѣроятности вызванное расстройствами сосудистаго тракта. У больного № 27, страдавшаго бугристой проказой, можно было видѣть на обоихъ глазахъ въ самыхъ переднихъ частяхъ хрусталика нѣсколько точечныхъ помутнѣній; со стороны сосудистаго тракта кромѣ немного вялой

реакціи зрачка чего-либо ненормальнаго констатировать было нельзя; на роговицахъ существовалъ поверхностный точечный лепрозный кератитъ; зрѣніе на обоихъ глазахъ равнялось почти 1,0. Относительно происхожденія упомянутыхъ измѣненій въ хрусталикѣ не рѣшаюсь даже высказать какое-либо предположеніе. У больного № 252 (см. стр. 97) съ лепромой радужки я могъ наблюдать на передней сумкѣ хрусталика маленькія сѣровато-бѣлыя отложенія округлой формы (бугерки?)

Этими данными и ограничиваются мои изслѣдованія надъ измѣненіями хрусталика.

7. Измѣненія дна глаза.

Относительно измѣненій глазного дна при проказѣ мы знаемъ весьма мало. Изслѣдованія авторовъ, какъ болѣе старыхъ, такъ и новѣйшаго времени, почти все имѣли только отрицательный результатъ. Такъ Hansen и Bull тщательно изслѣдовали офтальмоскопомъ больше двухсотъ больныхъ, но какихъ нибудь отклоненій отъ нормы констатировать не были въ состояніи. Къ точно такимъ же выводамъ пришли Pedraglia, Lopez, Гуляницкій, Morax, Neve, Patron-Espada, Franke и другіе, интересовавшіеся этимъ вопросомъ, а Vortgen въ своей обширной работѣ даже и не упоминаетъ о нихъ.

Какъ бы въ противорѣчіе всему сказанному, мы узнаемъ изъ преній на Гейдельбергскомъ съѣздѣ въ 1900 г., будто Nieden, офтальмоскопируя лепрозныхъ, неоднократно констатировать атрофію зрительнаго нерва совместно съ другими сильно выраженными измѣненіями на днѣ глаза. Это обстоятельство заставило меня за болѣе точнымъ разъясненіемъ дѣла обратиться къ самому Nieden'у, который имѣлъ любезность прислать мнѣ въ отвѣтъ слѣдующее:

„Ich habe nur in der Heidelberger Versammlung meine Erfahrungen über Lepra-Beobachtungen in Norwegen, Madeira, Island und der Turkey mitgeteilt, indess nicht über diese Frage gearbeitet. Auch habe ich überall mehr nur die äusseren Veränderungen der Conjunctiva, Cornea beobachtet und von inneren Störungen nur Iritis und Iridochorioiditis in selte-

neren Fällen gesehen, so dass das Verhältniss von letzteren zu ersteren verschwindend klein war“.

Изъ этого письма въ достаточной степени явствуетъ, что Nieden заболѣваний зрительнаго нерва не наблюдалъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ видѣлъ только иритъ или иридохорионидитъ, т. е. тѣ измѣненія сосудистаго тракта, о которыхъ пишутъ все изслѣдователи и описываютъ ихъ какъ иридохориониты съ большимъ или меньшимъ выпотомъ въ стекловидное тѣло.

Что касается патолого-анатомическихъ изслѣдованій, которыхъ существуетъ къ тому же до сихъ поръ еще мало, то они намъ также ничего не даютъ въ пользу самостоятельныхъ заболѣваний глубокихъ оболочекъ глаза. Процессъ всегда ограничивался переднимъ сегментомъ глазного яблока и въ рѣдкихъ случаяхъ при глубокихъ пораженіяхъ радужки и рѣсничнаго тѣла захватывалъ *per continuitatem* переднія части сосудистой и сѣтчатой оболочекъ. Lie на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ слѣдующему выводу:

„Въ общемъ можно сказать, что при анатомическомъ изслѣдованіи сосудистая оболочка при проказѣ рѣдко оказывается пораженной въ значительной степени; и это, въ виду локализациі процесса въ переднихъ частяхъ ея, едва ли удастся констатировать офтальмоскопически, даже если бы онъ проявился подѣ видомъ разсѣяннаго очаговаго хорионидита или хориоретинита. При немного дальше прогрессирующемъ процессѣ захватывается и сѣтчатка, но тогда вслѣдствіе сопутствующихъ сильныхъ измѣненій въ переднихъ отдѣлахъ глаза, офтальмоскопъ и въ рукахъ самаго опытнаго изслѣдователя не будетъ въ состояніи оказать какихъ нибудь услугъ.“

Такое мнѣніе объ отсутствіи офтальмоскопическихъ измѣненій при проказѣ господствовало до настоящаго времени и повидному господствуетъ еще и теперь, хотя въ литературѣ можно найти рѣдкія указанія на пораженіе дна глаза при этой болѣзни.

Первые относящиеся сюда сообщения принадлежат бразильским врачам Azavedo Lima и Guedes de Mello, которые на основании 48 случаев проказы описали между прочим и офтальмоскопическія измѣненія. Они наблюдали довольно часто помутнѣнія стекловиднаго тѣла, а еще чаще измѣненія со стороны соска зрительнаго нерва, изрѣдка встрѣчали они ретинитъ и атрофію хориоидеи. На эту работу однако не обратили вниманія, потому что она заслуживаетъ очень малаго довѣрія. Какое можно на самомъ дѣлѣ придать значеніе такъ часто выдѣнной ими полной или частичной блѣдности соска, или описываемымъ ими измѣненіямъ его формы? Развѣ можно ставить діагнозъ на атрофію хориоидеи, при просвѣщиваніи однихъ только сосудовъ?

Гораздо больше значенія имѣетъ работа Trantas'a. Онъ изслѣдовалъ двадцать пять больныхъ проказою и у десяти изъ нихъ ему удалось констатировать офтальмоскопическія измѣненія. Авторъ полагаетъ, что послѣднія безусловно должны быть лепрознаго характера, и онъ находитъ въ нихъ сходство съ хориоретинитомъ при сифилисѣ, особенно съ тою картиною, которая наблюдается при наслѣдственной формѣ этой болѣзни. Для лучшаго ознакомленія съ означенными измѣненіями, приведемъ тѣ мѣста изъ исторій болѣзни автора, которые имѣютъ прямое отношеніе къ интересующему насъ вопросу.

„Случай I: . . . довольно большое черное пятно немного кнаружи отъ желтаго пятна и нѣсколько желтовато-бѣлыхъ пятенъ у сосудовъ этой области.

Случай II: ос. d. Въ наружной половинѣ глазного два масса пятенъ, лежащихъ преимущественно подъ сосудами сѣтчатки и становящихся все многочисленнѣе по направленію къ ora serrata. Они самой разнообразной формы, то продолговаты, то совершенно неправильны; по большей части они совершенно чернаго цвѣта, нѣкоторыя же атрофически бѣлаго, а въ иныхъ замѣчается тотъ и другой цвѣтъ ос. s.; такого же рода измѣненія въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, пожалуй, еще сильнѣе выраженные. Помимо того замѣчается бѣлое пятно, по величинѣ, по крайней мѣрѣ, вдвое превосходящее maculam съ незначительнымъ накопленіемъ пигмента въ его сере-

динѣ Кромѣ того видно въ стекловидномъ тѣлѣ слегка синеватое круглое неподвижное пятно, имѣющее въ діаметрѣ около 10 милл., хорошо замѣтное съ + 4,0 или съ + 5,0 D, тогда какъ самъ глазъ эмметропическаго строенія. Съ передней поверхности пятна отходятъ двѣ серебристыя нити, которыя, удаляясь отъ мѣста выхода, все утончаются; онѣ слѣдуютъ за движеніями глаза, не мѣняя своего положенія. Какой нибудь связи между пленкой и сѣтчаткой констатировать нельзя. Заставляя глазъ мѣнять положеніе, удастся осмотрѣть всю сѣтчатую оболочку, лежащую за пленкой. Это измѣненіе скорѣе всего должно быть разсматриваемо какъ Retinitis proliferans и, по всей вѣроятности, есть слѣдъ старой геморрагіи. . . .

Случай III: ос. d. . . . въ носовой половинѣ экватора, въ сѣтчаткѣ пигментное пятно вблизи сосуда . . . ос. s. Въ сторонѣ отъ сосуда вблизи maculae бѣлое овальное пятно, имѣющее около 5 милл. въ поперечникѣ (прямое изобр.)

Случай IV: ос. s. На внутренней половинѣ, дальше къ периферіи, бѣлое овальное пятно вблизи сосуда, имѣющее около 6 милл. въ поперечникѣ.

Случай V: ос. (?) Слабо выраженная пигментация дна глаза. Внизу по направленію къ ora serrata пигментное пятно и дальше отъ него одно бѣлое атрофическое.

Случай VI: ос. d. Наверху, около экватора, подъ артеріальнымъ сосудомъ сѣтчатки круглое, неокруженное пигментомъ, красновато-бѣлое пятно, имѣющее около 8 милл. въ поперечникѣ. Не много надъ нимъ другое меньшее . . .

Случай VII: ос. d. На внутренней половинѣ надъ сосудомъ сѣтчатки круглое бѣлое пятно, окруженное небольшимъ количествомъ пигмента, имѣющее въ поперечникѣ около 8 милл..

Случай VIII: ос. d. Staphyloma posticum при отсутствіи миопіи; на краю стафиломы двѣ круглыя точки. Въ периферіи у экватора пигментное пятнышко вблизи одной изъ венъ сѣтчатки.

Случай IX: ос. d. Въ наружной половинѣ между желтымъ пятномъ и периферіей замѣчаются три бѣлыя слабо розоватыя пятна; одно изъ нихъ въ легкой степени окружено пигментомъ . . .

Случай X: ос. s. На внутренней сторонѣ, въ периферіи, вблизи сосуда круглое бѣлое слабо розоватое пятно, при отсутствіи всякаго пигмента. По истеченіи 8 мѣсяцевъ пятно получило перламутровый видъ. 6 мѣсяцевъ спустя образовалось новое бѣлое пятнышко въ наружной периферіи . . .

Вскорѣ послѣ опубликованія результатовъ Grantas'a появилась другая работа о лепрозномъ хоріоретинитѣ также изъ Константинополя. Bistis при прежнихъ своихъ изслѣдованіяхъ получалъ только отрицательныя данныя, но побужденный работой Grantas'a къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ, могъ въ трехъ случаяхъ констатировать измѣненія глазного дна, которыя, по этому автору, также имѣли большое сходство съ хоріоретинитомъ при наслѣдственномъ сифилисѣ и были безусловно специфическаго характера. Въ наиболѣе сильно выраженномъ случаѣ измѣненія наблюдались на обоихъ глазахъ, локализовались по всей наружной половинѣ дна глаза и состояли изъ отдѣльных атрофическихъ очаговъ самаго разнообразнаго вида и величины, отчасти въ связи съ пигментомъ, а иногда и безъ него; послѣдній встрѣчался отдѣльно въ большомъ количествѣ и во всевозможныхъ формахъ. У другого больного явленія ограничивались чернымъ пятномъ немного кнаружи отъ желтаго пятна и нѣсколькими немного меньшими; помимо того замѣчалась въ верхней периферіи овальная желтоватая бляшка. У третьяго больного имѣлось на внутренней периферіи лѣваго глаза одно только бѣловатое пятнышко.

Всѣ эти случаи, описанные обоими авторами, свидѣлствуютъ о весьма тщательномъ изслѣдованіи: ни малѣйшая точка, ни пятнышко ими не были упущены изъ виду, особенно это видно изъ работы Grantas'a. Но, къ сожалѣнію, результаты ихъ далеко не являются столь убѣдительными для другихъ, какъ это кажется самимъ авторамъ. Большая часть ихъ случаевъ можетъ быть смѣло оставлена безъ вниманія. Какое же, дѣйствительно, можетъ имѣть значеніе одна встрѣчающаяся на здоровомъ днѣ глаза пигментная точка, или же какое нибудь отдѣльно стоящее бѣлое пятнышко, при слабо выраженной пигментации остальнаго дна? При тщательномъ офтальмоскопированіи можно часто наблюдать у людей совершенно здоровыхъ подобныя измѣненія, которыя никому не вздумается считать за специфическія. Я вполне увѣренъ, что самъ Grantas, нашедши случайно у такого субъекта заднюю стафиому при от-

сутствіи міопіи и черную точку въ периферіи глазного дна, какъ это было въ случаѣ VIII, даже и не подумалъ бы о проказѣ, или на основаніи такихъ данныхъ сталъ бы дифференцировать лепру съ сирингомиелией, какъ это уже предлагаетъ v. Dühring.

Только одинъ случай Grantas'a (2-ое наблюденіе) и два первыхъ наблюденія Bistis'a представляютъ несомнѣнное заболѣваніе глазного дна съ характеромъ хоріоретинита. Стояли ли эти заболѣванія въ связи съ проказой, сказать на основаніи приведенныхъ малочисленныхъ наблюденій нельзя съ полной увѣренностью. Поэтому, я думаю, константинопольскіе изслѣдователи и не могутъ удивляться тому скептицизму, который встрѣтилъ ихъ работы со стороны другихъ ученыхъ, а въ особенности тѣхъ, которые еще специально занимались этимъ вопросомъ. Но съ другой стороны, хотя результаты Grantas'a и Bistis'a и были встрѣчены съ понятнымъ недоумѣніемъ и нѣкоторымъ недоувѣріемъ, тѣмъ не менѣе означеннымъ авторамъ принадлежитъ та честь, что они впервые обратили вниманіе ученаго міра на столь важный вопросъ и до нѣкоторой степени, но крайней мѣрѣ, заставили усумниться въ господствующемъ до того времени мнѣніи о незаболѣваемости дна глаза при проказѣ. Этотъ уже было рѣшенный въ отрицательномъ смыслѣ вопросъ поднимается этими авторами вновь и послѣдующимъ изслѣдователямъ ставится опять задача проверить ихъ наблюденія и изучить измѣненія глазного дна на болѣе обширномъ матеріалѣ.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію моихъ результатовъ, я считаю нужнымъ замѣтить, что съ работой Grantas'a я познакомился только по изслѣдованіи первой половины моихъ больныхъ, а о работѣ Bistis'a, равно какъ и о критикѣ обоихъ трудовъ я узналъ, когда мои изслѣдованія уже были закончены. Слѣдовательно, не можетъ быть и рѣчи о сколько нибудь существенномъ вліяніи этихъ авторовъ на ходъ моей работы. Изслѣдованія почти во всѣхъ случаяхъ производились, при расширенномъ зрачкѣ и по возможности въ прямомъ видѣ.

Мною было осмотрѣно 251 больныхъ проказою, изъ этого числа я исключилъ 49 человекъ по невозможности ихъ офтальмоскопировать вслѣдствіе сильныхъ помутнѣній преломляющихъ средъ. Кромѣ того я счелъ нужнымъ не принять во вниманіе восемь случаевъ, въ которыхъ этиологическимъ моментомъ измѣненій дна глаза могли служить другія причины.

№ 105. Myopia > 20 D.; ophth.: chorioiditis, maculitis, opacitates corporis vitrei.

№ 180. Myopia > 15 D.; ophth.: idem.

№ 186. Myopia около 10 D.; ophth.: idem.

№ 217. Myopia около 15 D.; ophth.: idem.

№ 243. Myopia около 10 D.; ophth.: idem.

Въ этихъ пяти случаяхъ измѣненія глазнаго дна, очень вѣроятно, стояли въ зависимости отъ высокой міопіи и не представляли ничего характернаго. Можетъ быть сюда же слѣдуетъ отнести и слѣдующее наблюденіе:

№ 195. Женщина 72 л. M. 5 D. V = 0,2 oc. s.; V < 0,2 oc. d.; стекла не улучшаютъ. Ophth.: maculitis, opacitates corp. vitrei oc. utr.

Затѣмъ слѣдуютъ еще два сомнительныхъ случая:

№ 168; женщина 66 л.; M. 3 D. V = пальцы въ 1½ метра oc. d., стекла не улучшаютъ (помутнѣнія роговицы); ophth.: maculitis oc. d. Больна проказой 3 года, а правымъ глазомъ видитъ плохо уже давно.

№ 109. Женщина 69 л. Пац. видитъ плохо въ теченіе 20 лѣтъ, больна проказою всего 3 года. Ophth.: старый разсѣянный хориоидитъ по всему дну глаза, особенно въ височной его половинѣ и въ области желтаго пятна.

Изъ числа 202 больныхъ проказою (251—49) я нашелъ заболѣванія дна глаза въ 47 случаяхъ (приведенные выше 8 случаевъ сюда не включены) т. е. въ 23,26 %. Я ихъ нашелъ 16 разъ у мужчинъ (18,18 %) и 31 разъ у женщинъ (27,19 %), изъ этого числа бугристой формой проказы были поражены 33, а пятнистой 14 человекъ. Но въ виду того, что изслѣдованіе производилось преимущественно надъ случаями сравнительно

легкими, а болѣе тяжелые вслѣдствіе измѣненій въ переднихъ частяхъ яблока оставались уже недоступными офтальмоскопу, я полагаю, что въ дѣйствительности число заболѣваній должно быть еще больше, чѣмъ найденное мною количество. Особенно это относится къ бугристой проказѣ, при которой, какъ мы видѣли, глазъ поражается гораздо чаще, чѣмъ при пятнистой. Громадное большинство изслѣдованныхъ больныхъ бугристой формой было съ измѣненіями преломляющихъ средъ, и я убѣжденъ, что благодаря этому обстоятельству многіе изъ описываемыхъ мною ниже случаевъ не разработаны во всѣхъ подробностяхъ, не говоря уже о тѣхъ, гдѣ изслѣдованіе производилось только въ обратномъ видѣ. Но, не смотря на всѣ трудности, съ которыми мнѣ приходилось бороться при изученіи этого отдѣла, я все-таки теперь въ состояніи привести нѣкоторые результаты, которые во всякомъ случаѣ должны имѣть значеніе для разъясненія этой до сихъ поръ темной, повидимому мало обѣщавшей изслѣдователю, но въ научномъ отношеніи крайне интересной области медицины. Насколько это мнѣ удалось, читатель увидитъ изъ дальнѣйшаго.

Помимо этихъ измѣненій мнѣ неоднократно, подобно Grantas'y, приходилось наталкиваться на какую нибудь отдѣльно стоящую пигментную точку или пятнышко, всѣ эти случаи, конечно, мною были отмѣчены, но въ виду того, что они сами по себѣ ничего не говорятъ и вѣроятно всего не относятся къ проказѣ, то я имъ не придаю особаго значенія и обхожусь ихъ молчаніемъ. Въ прилагаемыхъ исторіяхъ болѣзни я привелъ только случаи, которые, по моему мнѣнію, безусловно лепрознаго характера. При нѣкоторомъ ознакомленіи съ приведеннымъ матеріаломъ, читателя, даже не спеціалиста, должно поражать то громадное сходство, которое наблюдается между отдѣльными случаями, и невольно у него появится желаніе къ ихъ обобщенію. Руководствуясь такими мотивами, я распредѣлил моихъ больныхъ на нѣсколько группъ, къ изученію которыхъ теперь и перейдемъ.

A. Chorioiditis disseminata.

(Случаи №№ 10—24 и 48).

Относящиеся въ эту группу случаи характеризуются измѣненіями въ сосудистой оболочкѣ и могутъ быть причислены къ типу Chorioiditis disseminata. Этотъ хоріоидитъ встрѣчается чаще другихъ лепрозныхъ заболѣваній глазного дна и наблюдается при обѣихъ формахъ проказы, какъ у мужчинъ (31,25%), такъ и у женщинъ (35,48%).

Характернымъ признакомъ его служитъ расположеніе очаговъ въ самой крайней периферіи дна глаза, почему они видны иногда только въ обратномъ видѣ и при расширенномъ атропиномъ зрачкѣ. Чаще всего приходится встрѣчать отдѣльные бѣлые атрофическіе фокусы круглой или овальной формы: неправильныя очертанія очаговъ наблюдаются рѣдко (№ 11), и въ такомъ случаѣ легко видно возникновеніе ихъ изъ прежде упомянутыхъ. Иногда рядомъ съ этими атрофическими очагами попадаются и отдѣльные болѣе свѣжіе фокусы, диффузно ограниченные съ розоватымъ или желтымъ оттѣнкомъ (№№ 13, 15, 17), при совершенномъ отсутствіи пигмента или весьма маломъ количествѣ его, а разъ въ № 10 мнѣ даже случилось наблюдать совершенно свѣжую картину хоріоидита. Величина очаговъ сильно колеблется, отъ булавочной головки до 8 поперечниковъ соска и, пожалуй, еще больше. Они рѣдко занимаютъ всю периферію глазного дна (№ 21), а чаще всего ограничиваются однимъ какимъ-либо или нѣсколькими квадрантами его. Наружный нижній квадрантъ заболѣваетъ наиболѣе часто, а рѣже всего внутренній нижній и то только при существующихъ уже измѣненіяхъ въ другихъ квадрантахъ. Подобное же расположеніе было неоднократно констатировано и при лепрѣ наружнаго глаза. Измѣненія, какъ правило, остаются въ периферіи и крайне рѣдко переходятъ за экваторъ, не щадя тогда и желтаго пятна. Обыкновенно, но не всегда (№ 21), воспалительные фокусы сопровождаются развитіемъ пигмента, который рас-

полагается то по ихъ границамъ, то на самомъ пятнѣ, то встрѣчается иногда въ сѣтчатѣ въ видѣ отдѣльныхъ точекъ (№№ 17, 20, 23). Случаевъ, въ которыхъ онъ замѣщаль бы собою всю блишку, какъ это бываетъ часто при хоріоидитахъ отъ другихъ причинъ, напр. вслѣдствіе сифилиса, мнѣ никогда не приходилось наблюдать.

Теченіе хоріоидита повидимому довольно благопріятное; въ одномъ только случаѣ онъ былъ осложненъ помутнѣніями стекловиднаго тѣла и гипереміей дна, у всѣхъ остальныхъ больныхъ никакихъ осложнений не наблюдалось.

Субъективныхъ жалобъ хоріоидитъ пациентамъ также не причинялъ. На зрѣніе вліяніи онъ, какъ таковой, не оказывалъ, развѣ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь уже перешла на желтое пятно. Поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе грубыхъ уклоненій отъ нормы не представляли.¹⁾

Что касается отношенія хоріоидита къ наружнымъ заболѣваніямъ глаза, то онъ безусловно долженъ занимать совершенно самостоятельное мѣсто; случаи №№ 10, 14, 16, 20, 24 служатъ лучшимъ доказательствомъ того, что болѣзнь можетъ начаться съ глубокихъ частей глаза.

Изъ 15 случаевъ этой группы одностороннихъ было 8, двустороннихъ — 5, у трехъ больныхъ изслѣдовать другой глазъ оказалось невозможнымъ вслѣдствіе помутнѣнія средъ.

№ 10 (24). Тиллеръ Трина, 25 л. Лепрозорія — Венденъ № 79. *Lepra maculo-anaesthetica*. Больна 5 лѣтъ. *Conjunctivitis catarrh. chr. oc. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, ближе къ вертикальному меридіану встрѣчаются отдѣльныя сѣровато-желтыя неправильной формы диффузно ограниченные пятна. Вся эта область представляется мутноватой; кое-гдѣ попадаются черныя точки пигмента. Ос. d. безъ измѣненій.

Цвѣтоощущеніе, поле зрѣнія измѣненій не представляютъ. Visus: H 2 D. V = 1,0 ос. d.; H 2,5 D. V = 0,7 ос. s.

1) Изслѣдованіе производилось безъ помощи периметра.

№ 11 (70). Якобсонъ Моисей, 17 л. Лепрозорія — Рига № 192. *Lepra tuberosa*. Боленъ 6 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней трети роговицы поверхностный лепрозный кератитъ; *macula corneae os. utr.* Зрачекъ неправильной формы (заднія синехіи), реагируетъ хорошо; *iris* нормальнаго цвѣта. Воспалительныя явленія отсутствуютъ. Чувствительность на кожѣ вѣкъ нормальна, на *conj. palp. et bulbi* и на роговицѣ сильно понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта бѣлый атрофическій очагъ въ сосудистой оболочкѣ, окруженный со всѣхъ сторонъ пигментной каймой и занимающій пространство, по крайней мѣрѣ, въ четыре поперечника соска. *Os. s.*: измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. utr.* = 1,0.

№ 12 (73). Рекстинъ Августъ, 17 л. Лепрозорія — Рига № 263. *Lepra nervorum*¹⁾. Боленъ 11 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней трети лѣвой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній (*keratitis punctata superficialis*). Чувствительность на *conj. palp.* отсутствуетъ, на *conj. bulbi* и на роговицѣ сильно понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ бѣлый атрофическій очагъ въ сосудистой оболочкѣ величиной въ треть соска, возлѣ него другой съ булавоочную головку. Каждый изъ нихъ окаймленъ пигментной полоской, оба они кромѣ того окружены одной общей пигментной каймой. Измѣненія лежатъ совершенно въ периферіи и замѣтны потому только въ обратномъ видѣ. *Os. s.*: въ периферіи наружнаго нижняго квадранта ближе къ вертикальному меридіану подобный же очагъ величиною съ четверть соска; пигментъ не только окружаетъ его, но и лежитъ мѣстами на немъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. *Visus os. utr.* = 1,0.

№ 13 (153). Ливъ Мертъ, 31 г. Лепрозорія — Тарвасть № 51. *Lepra tuberosa*. Боленъ 5 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней четверти правой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Въ периферіи верхняго внутренняго квадранта глазнаго дна, ближе къ горизонтальному меридіану бѣлое атрофическое пятно въ сосудистой оболочкѣ величиною съ полсоска, замѣтное въ прямомъ видѣ

только при зрачкѣ, расширенномъ *ad maximum*, и то съ трудомъ; на бѣломъ пятнѣ встрѣчается пигментъ, который прилежитъ къ сосудамъ, пробѣгающимъ по пятну. Еще далѣе къ носовой части подъ горизонтальнымъ меридіаномъ черная точка пигмента величиною съ булавоочную головку, замѣтная только въ обратномъ видѣ, благодаря своему крайне периферическому положенію. *Os. d.* Совершенно въ периферіи наверху по вертикальному меридіану желтовато-бѣлый очагъ въ сосудистой оболочкѣ овальной формы. Большой его поперечникъ, соответствующій горизонтальному направленію, равенъ приблизительно въ обратномъ видѣ двумъ сантим., а меньшій полсант. Въ прямомъ видѣ удастся только изслѣдовать часть очага, и то при расширенномъ *ad maximum* зрачкѣ; на этомъ пятнѣ лежатъ отдѣльныя скопленія пигмента, мѣстами прилежащаго къ сосудамъ сѣтчатки. Подобный очагъ съ такимъ же распределеніемъ пигмента замѣчается и въ крайней периферіи верхняго наружнаго квадранта. *Os. d.*: измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. *Visus os. utr.* = 1,0.

№ 14 (199). Юргенштейнъ Карлъ, 56 л. Лепрозорія — Ненналь № 240. *Lepra maculo-anaesthetica*. Боленъ 9 лѣтъ. На глаза не жалуется. *Lagophthalmus incipiens os. utr.* Рѣсницы малочисленны и атрофированы.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, ближе къ вертикальному меридіану, нѣсколько атрофическихъ пятенъ сосудистой оболочки, по большей части овальной формы, величиною съ сосокъ и больше; надъ ними и около нихъ отдѣльно разбросанный пигментъ. *Os. s.*: такіе же очаги съ подобнымъ же распределеніемъ пигмента замѣчаются на внутренней половинѣ по горизонтальному меридіану. Измѣненія лежатъ еще дальше къ периферіи и замѣтны только въ обратномъ видѣ.

Цвѣтоощущеніе *os. utr.*: желтый цвѣтъ называетъ иногда зеленымъ и на оборотъ. Поле зрѣнія не сужено. *Visus*: Н 1,5 D V = 1,0 *os. d.*; Н 1,0 D V = 0,6 *os. s.*

№ 15 (50). Бютнеръ Дарта, 60 л. Лепрозорія — Венденъ № 114. *Lepra maculo-anaesthetica*. Больна 12 лѣтъ. Глазами страдаетъ 7 лѣтъ. *Os. utr.*: Вѣки въ сильной степени атрофированы и сморщены, почти не функционируютъ. *Lagophthalmus* и *estrupium* весьма сильной степени. Весьма значительное сморщиваніе всего конъюнктивальнаго мѣшка. *Conj. bulbi* сильно гиперемирована, особенно въ нижней половинѣ; слабѣе

1) Обозначеніе, соответствующее нашей *Lepra maculo-anaesthetica*.

рѣсничная инъекція. Большая половина роговицы снизу остается неприкрытой, *keratitis e lagophthalamo*. Чувствительность на кожѣ вѣкъ, *conj. bulbi* и на роговицахъ сильно понижена, а на *conj. palp.* отсутствуетъ. Глаза при надавливаніи болѣзненны. *Iris* слегка набухла и мутновата, масса заднихъ синехій. слѣва *occlusio pupillae*.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Получается только слабый рефлексъ съ дна глаза. *Os. d.* Изслѣдованіе вслѣдствіе помутнѣнія средѣ весьма затруднительно и возможно только въ обратномъ видѣ. *Staphyloma postic. temp.* Почти совершенно у соска вверху и внутри бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки величиною съ полосука, окруженный пигментомъ. Нѣсколько такихъ же очаговъ встрѣчаются дальше въ носовой части. Вверху въ периферіи отдѣльно стоящій бѣлый съ розоватымъ оттѣнкомъ очагъ; пигментъ отсутствуетъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. *Visus: M 3,0 DV < 0,4 os. d.; os. s. =* пальцы на 2 метра, стекла не улучшаютъ.

№ 16 (99). Штейнбергъ Баббе, 77 л. Лепрозорія — Рига № 65. *Lepra nervorum*. Больна 8 (?) лѣтъ. На глаза не жалуется. *Entropium spastic. senile palp. inf. os. d. Conjunctivitis catarrh. chr os. utr. Cataracta senilis incip. os. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Сейчас надъ соскомъ бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки величиною съ 8 поперечниковъ соска по крайней мѣрѣ, окруженный только отчасти пигментомъ, котораго довольно много разбросано по очагу. *Os. s.* измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. utr. = 0,1; стекла* не улучшаютъ.

№ 17 (213). Терсъ Лиза, 50 л. Лепрозорія — Ненналь № 275. *Lepra tuberoso-anaesthetica*. Больна 9 лѣтъ. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Lagophthalmus* и *ectropium incip. os. d. Conjunctivitis chr.*, справа сильнѣе. *Dacryocystoblennorrhoe os. d.* Лѣвая роговица въ верхней трети слегка диффузно помутнена, въ нижней ея половинѣ на *M. D.* отдѣльныя точечныя буроватого цвѣта отложенія. Поверхностное диффузное помутнѣніе въ верхней половинѣ правой роговицы, въ наружной половинѣ сильнѣе выраженное и заходящее въ глубокіе слои, два отложенія на *M. D.* *Iris os. utr.* не измѣнена въ цвѣтѣ; зрачекъ слегка овальной формы (синехій нѣтъ), реагируетъ довольно слабо.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. utr.* Масса совершенно мелкихъ помутнѣній стекловиднаго тѣла, между ними справа одно довольно большое подвижное, имѣющее видъ полупрозрачной пленки. Изслѣдованіе дна возможно по причинѣ помутнѣній роговицы и стекловиднаго тѣла почти только въ обратномъ видѣ; оно представляется довольно мутнымъ. Сосокъ гипертрофированъ. Вены сѣтчатки изгибаются, просвѣтъ ихъ кажется шире нормальнаго. *Os. d.:* совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта видна часть большого бѣлаго атрофическаго очага сосудистой оболочки, мѣстами окруженнаго пигментомъ, особенно много его на очагѣ и по близости его, гдѣ онъ распределенъ въ видѣ отдѣльныхъ точекъ величиною съ булавочную головку и больше. Недалеко отъ очага находится другой съ конопляное зерно, окруженный пигментомъ. Въ периферіи нижняго внутренняго квадранта также попадаетъ въ большое количество точечно распределенный пигментъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія особыхъ измѣненій не представляетъ. Тензія повидимому нормальная. *Visus os. d. = 0,2; os. s. = 0,5* Стекла не улучшаютъ.

№ 18 (223). Татаръ Миппа, 64 л. Лепрозорія — Ненналь № 247. *Lepra tuberosa*. Больна 9 лѣтъ. На глаза не жалуется. Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. Рѣсницы на верхнихъ вѣкахъ малочисленны и сильно атрофированы, на нижнихъ отсутствуютъ. *Keratitis punctata superficialis os. utr.*, справа немного сильнѣе.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ периферіи внутренняго верхняго квадранта, вблизи отъ горизонтальнаго меридіана, небольшой бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно, окруженный пигментомъ. *Os. s.* измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. *Visus os. utr. = H 1,5 D < 1,0.*

№ 19 (162). Кулль Малъ, 53 л. Лепрозорія - Тарвасть № 73. *Lepra tuberosa*. Больна 3 года. На глаза не жалуется. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ верхней трети роговицы *Keratitis punctata superfi.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ периферіи внутренняго верхняго квадранта ближе къ вертикальному меридіану нѣсколько бѣлыхъ точекъ. Такія же бѣлыя точки, но окруженные пигментомъ, встрѣчаются и въ периферіи наружнаго нижняго квадранта. *Os. s.* измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus oc. utr. H 1,0 D = 1,0.

№ 20 (188). Пертъ Анна, 65 л. Лепрозорія-Тарвасть № 93. *Lepra tuberosa*. Пациентка съ годъ, какъ замѣчаетъ по временамъ передъ глазами туманъ, до того чувствовала себя хорошо. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. На лѣвомъ верхнемъ вѣкѣ атрофическое мѣсто кожи, лишенное нормального ея цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ. *Cataracta senilis incip. oc. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. *Staphyloma posticum annulare*. Въ периферіи наружнаго нижняго квадранта довольно много пигмента, преимущественно распределеннаго вокругъ бѣлыхъ точекъ величиною съ булавочную головку. Ос. s. *staphyloma posticum temporale*. Въ периферіи внутренней половины довольно много пигментныхъ точекъ; въ наружной половинѣ у горизонтальнаго меридіана бѣлый очагъ, окруженный пигментомъ и величиною съ булавочную головку. Ос. utr. *Maculitis* скопленіе чернаго пигмента и нѣсколько атрофическихъ точекъ. Скіаскопически: ос. d. M. 4,0 D; ос. s. M. 3,0 D.

Цвѣтоощущеніе нормально. Visus: ос. d. пальцы на 4 метра; ос. s. пальцы на 5 метровъ; стекла не улучшаютъ.

№ 21 (183). Саулъ Каролина, 42 г. Лепрозорія-Тарвасть № 18. *Lepra tuberosa*. Больна 4 года. Четыре недѣли пациентка чувствуетъ тупую боль въ правомъ глазу. Глазъ при надавливаніи безболѣзненъ. Края вѣкъ диффузно инфильтрованы. *Conjunctivitis catarrh. chr. oc. utr.* Справа въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ роговицы, слѣва въ верхней трети ея поверхностный лепрозный кератитъ. Ос. d.: значекъ неправильной формы (заднія синехіи); воспалительныя явленія отсутствуютъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Вся крайняя периферія глазного дна усѣяна массой отдѣльныхъ бѣлыхъ съ сѣровато-синимъ оттѣнкомъ бляшекъ величиною въ нѣсколько кв. милл. до кв. сантиметра и больше. Сосуды вездѣ лежатъ надъ ними; пигментъ отсутствуетъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія не сужено. Visus: ос. d. H 1,75 V 0,6; ос. s. H 1,75 V 0,8.

№ 22 (244). Бергъ Анетта, 18 л. Лепрозорія-Мули¹⁾. *Lepra tuberosa*. Больна 3 года. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы, особенно въ ихъ наружной половинѣ. Ос. utr.:

1) Вблизи Юрѣва.

эписклеральная опухоль желтоватаго цвѣта съ розоватымъ оттѣнкомъ, справа охватывающая серповидно наружную половину роговицы, а слѣва почти всю ее, за исключеніемъ внутренняго верхняго квадранта. Диффузное помутнѣніе верхней трети роговицы. Радужныя оболочки нормального цвѣта, зрачки хорошо реагируютъ; ос. s. снаружи вверху заднія синехіи.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Въ периферіи наружной половины глазного дна, особенно въ верхнемъ квадрантѣ масса отдѣльныхъ бѣлыхъ съ сѣровато-синимъ оттѣнкомъ бляшекъ величиною съ конопляное зерно и замѣтныхъ только въ обратномъ видѣ; весьма малое число ихъ окружено пигментомъ, послѣдній въ наружной половинѣ праваго глаза попадаетъ въ видѣ отдѣльныхъ точекъ.

Visus oc. utr. = 1,0. (Продолженіе исторіи болѣзни см. стр. 96).

№ 23 (65). Кикуть Михкель, 30 л. Лепрозорія-Рига № 158. *Lepra tuberosa*. Боленъ 8 лѣтъ. На глаза теперь не жалуется. Положеніе обоихъ глазъ правильное, дефектъ подвижности въ сторону лѣваго m. abducentis (20 лѣтъ назадъ болѣлъ лихорадочной болѣзью, послѣ которой у пациента появилась диплопія, существовавшая около двухъ лѣтъ, теперь она отсутствуетъ). Въ верхней части обѣихъ роговицъ *keratitis punctata superficialis*. Чувствительность на conj. bulbi и на роговицѣ понижена, а на conj. palp. отсутствуетъ.

Офтальмоск. изслѣд.: ос. d. Сосокъ нѣсколько гиперемированъ, границы его немного ступенчаты. Совершенно въ периферіи глазного дна, въ наружной половинѣ его, немного надъ горизонтальнымъ меридіаномъ нѣсколько бѣловатыхъ величиною съ четверть соска пятенъ, около нихъ масса пигмента.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus: M 4 D V 0,8 ос. d.; M 1,0 D. V 0,8 ос. s.

№ 24 (116). Дмитріева Татьяна, 72 л. Лепрозорія-Рига № 18. *Lepra nervorum*. Больна 12 лѣтъ. На нижнемъ лѣвомъ вѣкѣ небольшая ангиома. *Cataracta senilis incip. oc. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Масса отдѣльныхъ бѣлыхъ точекъ величиною съ булавочную головку совершенно въ периферіи наружнаго верхняго квадранта глазного дна. Ос. d. Нѣсколько такихъ же точекъ въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ ближе къ вертикальному меридіану.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus (?) ; больная не умѣетъ ни читать, ни считать.

B. Degeneratio pigmentosa retinae.

(Случаи №№ 25—29).

Относящіяся сюда измѣненія также локализируются въ периферическихъ частяхъ глазного дна, но главнымъ образомъ проявляются со стороны сѣтчатки. Волѣзненные симптомы по своимъ объективнымъ и субъективнымъ даннымъ во многихъ отношеніяхъ напоминаютъ пигментный ретинитъ или скорѣе атипическую форму его, описанную Leber'омъ¹⁾ и неоднократно констатированную Hutchinson'омъ²⁾ при наследственномъ сифилисѣ. Всѣ мои пять случаевъ наблюдались у больныхъ съ бугристой проказой, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. У трехъ пациентовъ заболѣваніе было двустороннимъ, у двухъ возможно было изслѣдовать только одинъ глазъ. Ретинитъ повидимому захватываетъ большіе отдѣлы периферія глазного дна, чѣмъ вышеописанный хоріондитъ, а иногда и всю ее (№ 29). Главный объективный признакъ, характеризующій болѣзнь, заключается въ пигментѣ, который въ видѣ массы густо лежащихъ точекъ можетъ покрывать цѣлыя области. Часто эти точки соединяются съ рядомъ лежащими и такимъ образомъ нерѣдко даютъ поводъ къ образованію неправильныхъ фигуръ, напоминающихъ костныя тѣльца. Но въ общемъ эти образованія обыкновенно не отличаются той изящностью, правильностью, стройностью, какъ это мы привыкли видѣть при пигментномъ ретинитѣ. Иногда мнѣ приходилось встрѣчать бѣлые атрофическіе фокусы круглой и овальной, а часто совершенно неправильной формы. Были ли это атрофическіе очаги сосудистой оболочки или были они обязаны своимъ происхожденіемъ исчезновенію пигментнаго эпителия, что нерѣдко наблюдается при подобнаго рода процессахъ, я съ положительностью сказать

1) Leber. Ueber anomale Formen der Retinitis pigmentosa. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. XVII, p. 314—341.

2) Hutchinson. A clinical lecture on progressive chorioiditis in connexion with acquired syphil. Medic. Times and Gaz. 1877 p. 535.

не могу, но скорѣе склоненъ полагать, что чередовались обѣ картины. Больная № 29 свидѣтельствуетъ намъ, что и этому ретиниту не чужды тѣ измѣненія, которыя свойственны пигментному въ болѣе тяжелыхъ и позднихъ стадіяхъ, какъ помутнѣніе стекловиднаго тѣла, сѣрватая окраска глазного дна, суженіе сосудовъ и т. д. Еще болѣе это сходство проявляется въ субъективныхъ симптомахъ. Четверо изъ пяти больныхъ страдали гемералопіей, пятый ее отрицалъ; но, заставивъ означеннаго больного пройти по комнатѣ при пониженномъ освѣщеніи, я, какъ и присутствующіе, могъ убѣдиться въ трудности ориентировки, тогда какъ другіе пациенты при тѣхъ же условіяхъ никакихъ препятствій не испытывали; далѣе у этого же больного оказалось сильно концентрически суженное поле зрѣнія. У пациентки № 29 вслѣдствіе ея неинтеллигентности изслѣдованіе было невозможно, а у больного № 27 поле зрѣнія повидимому никакихъ отклоненій отъ нормы не представляло, у остальныхъ съ гемералопіей оно было концентрически сужено. Здѣсь же кстати замѣчу, что результаты, полученные при изслѣдованіи безъ помощи периметра и при неподходящей пріютской обстановкѣ, естественно не могутъ отличаться той точностью, къ которой мы привыкли въ клиникѣ; поэтому отрицательныя данныя насъ не должны удивлять, положительныя же имѣть тѣмъ болѣе вѣское значеніе.

О гемералопіи при лепрѣ упоминаетъ только Lopez, который ее встрѣчалъ нѣсколько разъ у своихъ больныхъ; послѣдніе жили при наилучшей обстановкѣ, и страданіе ихъ, по мнѣнію автора, ни въ коемъ случаѣ не могло быть вызвано дурными условіями жизни, а должно было зависѣть отъ анеміи, всегда констатируемой при проказѣ. Другую весьма краткую замѣтку мы находимъ въ статьѣ Румянцева, гдѣ одинъ изъ больныхъ при нормальномъ зрѣніи и отсутствіи измѣненій со стороны глаза страдалъ куриной слѣпотой. Этими немногими наблюденіями, лишенными всякой анатомической подкладки, ограничивались до сихъ поръ всѣ свѣдѣнія относительно гемералопіи при проказѣ.

Помимо означенныхъ пяти цаціентовъ, ко мнѣ обращались еще трое съ жалобами на куриную слѣпоту. У двухъ она появилась съ годъ тому назадъ, у третьяго съ мѣсяцъ и все держится упорно. Двое страдали пятнистой, одинъ бугристой проказой. Въ послѣднемъ случаѣ имѣлся односторонній поверхностный лепрозный каратитъ легкой степени, а у одного изъ пятнистыхъ больныхъ двусторонній начинающійся *keratitis e lagophthalmo*. Другихъ измѣненій со стороны глазъ у означенныхъ трехъ больныхъ констатировать было нельзя; дно было нормально, и зрѣніе равнялось $\frac{1}{1}$. Но поле зрѣнія у всѣхъ ихъ оказалось концентрически суженнымъ; у одного, правда, въ легкой степени, у остальныхъ въ весьма сильной. Такого рода заболѣваніе во всякомъ случаѣ зависитъ отъ разстройствъ питания сѣтчатки, и я увѣренъ, что отрицательный результатъ, полученный офтальмоскопомъ, долженъ быть приписать несовершенству нашихъ методовъ изслѣдованія. Очень можетъ быть, что съ теченіемъ времени и въ этихъ глазахъ появятся тѣ черныя бляшки, которыя намъ удалось видѣть у предыдущихъ больныхъ.

По всей вѣроятности и при этомъ ретинитѣ главныя анатомическія измѣненія должны находиться въ сосудистой оболочкѣ, а не въ сѣтчаткѣ, которая заболѣваетъ вторично. Констатируемые очаги въ хоріоидѣ и обильныя помутнѣнія стекловиднаго тѣла — факты, говорящіе въ пользу моего предположенія, которое еще находитъ дальнѣйшее подтвержденіе въ изслѣдованіяхъ Schweiger'a, Wagenmann'a, Евецкаго, сдѣланныхъ при подобныхъ ретинитахъ вслѣдствіе другихъ причинъ.

№ 25 (168). Каскъ Марія, 68 л. Лепрозорія — Тарвасть № 70. *Lepra tuberosa*. Больна 7 лѣтъ. Верхнія вѣки, особенно края ихъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. На конъюнктивахъ вѣкъ трахоматозныя рубцы. Ос. d.: У лимба наружнаго нижняго квадранта роговицы паракорнеальная лепрома. Верхняя половина роговицы диффузно помутнена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Помутнѣнія стекловиднаго тѣла; слѣва они малочисленны и слабо выражены, справа

ихъ весьма много, и здѣсь они представляются въ видѣ отдѣльныхъ подвижныхъ хлопьевъ. Ос. d. Изслѣдованіе возможно только въ обратномъ видѣ. *Staphyloma posticum annulare*. Бѣлое пятно съ булавоочную головку недалеко отъ желтаго пятна. Въ периферіи наверху два черныхъ неправильной формы пятна величиною съ четверть соска; вблизи ихъ пигментныя точки, лежащія около сосудовъ сѣтчатки. Міопія незначительной степени. Ос. s. Дно также видно мутно, изслѣдованіе въ обратномъ видѣ. Совершенно въ периферіи внутренняго верхняго квадранта ближе къ горизонтальному меридіану массы пигмента, состоящія изъ отдѣльныхъ пятенъ, отчасти напоминающихъ „костныя тѣльца.“ Міопія слабой степени.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія, особенно слѣва въ сильной мѣрѣ концентрически сужено. Пациентъ въ комнатѣ при слабомъ освѣщеніи совершенно не въ состояніи ориентироваться, но гемералопію отрицаетъ. *Visus os. d. < 0,2; os. s. < 0,3*; стекла не улучшаютъ.

№ 26 (51). Андрусъ Юле, 49 л. Лепрозорія — Вендентъ № 35. *Lepra tuberosa*. Больна 12 лѣтъ. Въ апрѣлѣ прошлаго и нынѣшняго года въ теченіе нѣсколькихъ недѣль болѣлъ лѣвый глазъ. Пациентка иногда видитъ искры; уже съ годъ въ сумеркахъ видитъ гораздо хуже прежняго. Рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ отсутствуютъ, на верхнихъ малочисленны и атрофированы. *Keratitis superficialis os. utr.* Ос. s.: довольно значительная задняя синехія снаружи и снизу; воспалительныя явленія отсутствуютъ; зрачекъ хорошо реагируетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Совершенно въ периферіи верхней половины, особенно наружнаго квадранта, масса бѣлыхъ точекъ, изъ которыхъ многія окружены черной каймой. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ точки сливаются въ бѣлые неправильной формы очаги, отчасти окруженные пигментомъ. Точки преимущественно расположены около сосудовъ. Помимо того замѣчается много пигмента, расположеннаго въ видѣ точекъ, повидимому, лежащихъ въ сѣтчаткѣ. Сосокъ гиперемированъ; со стороны сосудовъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Нижнюю половину дна вслѣдствіе помутнѣнія роговицы не удастся вполне хорошо изслѣдовать. Ос. d.: подобная картина точекъ и пигмента, но слабѣе выраженная, наблюдается въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ. Здѣсь измѣненія отчасти лежатъ ближе къ центру.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія концентрически сужено, но не въ сильной мѣрѣ. Visus os. d. = 1,0; os. s. = 0,7; стекла не улучшаютъ.

№ 27 (22). Андерсонъ Сприцъ, 62 л. Лепрозорія-Венденъ № 102. *Lepra tuberosa* (?) *anaesthetica*. Боленъ 7 лѣтъ. Жалуется на плохое зрѣніе и по временамъ появляющіяся въ лѣвомъ глазу боли; полтора года страдаетъ „куриной слѣпотой.“ Почти полная *seclusio* и *occlusio pupillae* os. s. Другихъ измѣненій со стороны наружнаго глаза не замѣчается.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Совершенно въ периферіи нижняго наружнаго квадранта отдѣльныя совершенно черныя пигментныя бляшки, повидимому, лежація въ сѣтчаткѣ и имѣющія нѣкоторое сходство съ „костными тѣльцами.“ Со стороны хориоидеи ничего положительнаго сказать нельзя; въ одномъ мѣстѣ она кажется слегка атрофированной. Ос. s. изслѣдовать не удастся.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія, повидимому, сужено. Ос. d. H 1,75 D. V = 0,7; ос. s. V = 0,1, стекла не улучшаютъ.

№ 28 (135). Пуллерицъ Гансъ, 39 л. Лепрозорія-Тарвасть № 12. *Lepra tuberosa*. Боленъ 7 лѣтъ. Боли въ лѣвомъ глазу. Около двухъ мѣсяцевъ пациентъ въ сильной мѣрѣ страдаетъ „куриной слѣпотой.“ Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы почти совершенно отсутствуютъ. Гиперемія conj. palr. и bulbi., слѣва еще легкая рѣсничная инъекція. Обѣ роговицы слегка диффузно помутнены. Зрачки овальной формы, по расширеніи атропиномъ, остаются такими же, справа реагируютъ хорошо, слѣва вяло. Iris os. s. слегка измѣнена въ цвѣтѣ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. По причинѣ помутнѣній роговицы изслѣдованіе возможно только въ обратномъ видѣ. Въ верхней и нижней периферіи глазного дна масса отдѣльных, совершенно черныхъ пигментныхъ бляшекъ, изъ нихъ нѣкоторыя напоминаютъ „костныя тѣльца“. Кое-гдѣ встрѣчаются бѣлыя пятна, отчасти неправильной формы, отчасти въ видѣ отдѣльных точекъ, повидимому, лежащихъ въ сосудистой оболочкѣ. Ос. s.: ничего положительнаго сказать нельзя.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія на обоихъ глазахъ концентрически сужено; на правомъ глазу особенно сверху и снизу, а на лѣвомъ снаружи и внутри. Visus os. d. < 0,3, ос. s. < 0,2; стекла не улучшаютъ.

№ 29 (219). Рестаъ Лена, 69 л. Лепрозорія-Ненналь № 206. *Lepra tuberosa*. Продолжительности болѣзни опредѣлить нельзя. Съ годъ пациентка видитъ очень плохо, нѣсколько лѣтъ страдаетъ „куриной слѣпотой.“ На субъективныя данныя пациентки полагаться нельзя. Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. Entropium palr. sup. os. utr. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. На conj. palr. рубцовая трахома. Iris os. utr. безъ измѣненій, зрачекъ круглый, хорошо реагируетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Масса точечныхъ подвижныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла. Вслѣдствіе неспокойнаго держанія глазъ и сильныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла офтальмоскопическое изслѣдованіе является довольно труднымъ и только въ обратномъ видѣ возможнымъ. *Staphyloma posticum temporale* величиною съ сосокъ. Все дно глаза имѣетъ какой-то сѣроватый оттѣнокъ. Сосуды сѣтчатки сужены. Со стороны соска ничего положительнаго сказать нельзя. По всей периферіи глазного дна, особенно въ его нижней половинѣ, разбросаны черныя пигментныя бляшки, мѣстами напоминающія „костныя тѣльца.“

Цвѣтоощущеніе, повидимому, совершенно отсутствуетъ. Поля зрѣнія по причинѣ безтолковости пациентки изслѣдовать не удастся. Visus os. utr. = пальцы на 4 метра; стекла не улучшаютъ.

C. Retinitis.

(Случаи №№ 30—44 и 3.)

Тогда какъ предыдущія болѣзни локализовались въ самыхъ периферическихъ частяхъ глазного дна, относящіяся къ этой группѣ заболѣванія занимаютъ преимущественно задній полюсъ глазного яблока и напоминаютъ картину ретинита съ своеобразными особенностями. На первый взглядъ получается впечатлѣніе, что почти всѣ относящіяся сюда случаи представляютъ одну общую однообразную картину, но все же встрѣчаются отклоненія отъ обычнаго типа, хотя, какъ увидимъ сейчасъ, не настолько существенно отличныя, чтобы слѣдовало ихъ обособлять въ самостоятельныя группы.

Болезнь состоитъ въ появленіи мелкихъ, круглыхъ или слегка овальныхъ бляшекъ желтовато-бѣлаго цвѣта съ розоватымъ оттѣнкомъ. Величина ихъ въ прямомъ видѣ обыкновенно равняется булавочной головкѣ или коноплянному зерну, рѣдко немного больше. Но какихъ бы размѣровъ эти бляшки не были, онѣ всегда остаются круглыми или слегка овальными; сліянія въ неправильной формы очаги никогда не замѣчаются. Появляются бляшки цѣлыми массами вокругъ соска, распространяясь иногда до самой периферіи, не щадя тогда и желтого пятна. Но обыкновенно онѣ наблюдаются на сосѣднихъ соску областяхъ и захватываютъ здѣсь пространство въ нѣсколько его поперечниковъ, отдавая предпочтеніе внутренней половинѣ глазного дна. Нерѣдко она одна бываетъ поражена, а въ наружной бляшки или совсѣмъ отсутствуютъ или ихъ весьма мало. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, существуетъ какое-то отношеніе къ сосудамъ, весьма можетъ быть, только кажущееся: онѣ встрѣчаются возлѣ нихъ въ большемъ числѣ, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ, и сопровождаютъ ихъ на нѣкоторомъ протяженіи; нерѣдко бляшки лежатъ подъ сосудами, а въ одномъ случаѣ послѣднія даже въ соответствующемъ мѣстѣ повидимому изгибались. Большею частью онѣ диффузно ограничены и хорошо видны въ прямомъ изображеніи, въ обратномъ обыкновенно ихъ отдѣльно не удается различать, и мѣсто, усыпанное ими, кажется какимъ-то нестрымъ, мраморноподобнымъ. Никогда мнѣ при этомъ типѣ болѣзни не приходилось констатировать ненормальнаго развитія пигмента. Остальные ткани глаза при немъ не поражаются, какъ мы это видѣли въ предыдущей группѣ, а субъективно какихъ-либо непріятныхъ ощущеній онъ также не причиняетъ, конечно, не говоря о томъ случаѣ, когда бываетъ захвачена macula.

При изслѣдованіи цвѣтоощущенія я обратилъ вниманіе, что ни одинъ изъ больныхъ не могъ съ увѣренностью различать зеленый и синій цвѣта. У одной болѣе тяжелой больной съ пораженіемъ желтого пятна (№ 32) эта частичная цвѣтовая слѣпота распространилась и на желтый цвѣтъ. Сперва я это

явленіе былъ склоненъ приписать неинтеллигентности пациентовъ, но вскорѣ принужденъ былъ отказаться отъ моего предположенія, такъ какъ у тѣхъ больныхъ, у которыхъ заболѣваніе было только одностороннимъ, на здоровомъ глазу цвѣтоощущеніе было совершенно нормальнымъ. Далѣе заслуживаетъ вниманія случай № 33, у котораго, при первомъ изслѣдованіи цвѣтоощущеніе и дно глаза ничего патологическаго не представляли: три мѣсяца спустя я уже могъ констатировать офтальмоскопическія измѣненія и слѣпоту на зеленый цвѣтъ, который пациентъ признавалъ лиловымъ. Это разстройство въ сферѣ цвѣтоощущенія говоритъ за то, что бляшки, расположенныя подъ сосудами сѣтчатки, должны имѣть, повидимому, нѣкоторое отношеніе къ цвѣтовоспринимающему аппарату, т. е. къ наружнымъ слоямъ сѣтчатой оболочки, и вѣроятно же всего тамъ и лежатъ, но я нисколько этимъ не хочу утверждать, что сосудистая также не можетъ быть тѣмъ или инымъ путемъ ими затронута. Какого же рода этотъ процессъ, сказать трудно. Очень можетъ быть, что бляшки по существу ничто иное, какъ маленькія лепромы, подобно тому, какъ это признается за точечными помутнѣніями при поверхностномъ лепрозномъ кератитѣ. Такъ смотрятъ, напр., Jeanselme и Mogaх на констатированныя ими впервые милліарныя лепромы радужной оболочки, которыя до сихъ поръ анатомически еще не изслѣдованы. Что въ данномъ случаѣ мы, по всей вѣроятности, имѣемъ дѣло съ подобнаго рода гиперпластическимъ процессомъ, говоритъ постоянство формы бляшекъ и ихъ величина. При изслѣдованіи офтальмоскопомъ она кажется большей, чѣмъ мы ее привыкли видѣть на роговой и радужной оболочкахъ, истинные же размѣры не должны превосходить песчинки. Далѣе, подтвержденіемъ моего предположенія можетъ служить и то обстоятельство, что почти во всѣхъ случаяхъ одновременно существовалъ точечный лепрозный кератитъ, а разъ даже упомянутыя милліарныя лепромы на радужкѣ. — Сюда относятся случаи №№ 30—33 и 3. Всѣ эти случаи наблюдались исключительно при бугристой формѣ проказы, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ.

Въ другихъ случаяхъ (№№ 34—41 и 43) главную роль также играютъ бляшки, также расположенныя подъ сосудами и локализирующіяся вокругъ соска; онѣ тоже характеризуются отсутствіемъ пигмента. Но съ другой стороны, эти бляшки не отличаются тѣмъ правильнымъ и постояннымъ видомъ, какъ это бываетъ при предыдущей формѣ. Хотя мы кое-гдѣ наблюдаемъ отдѣльныя круглыя или овальныя пятнышки, но обыкновенно возлѣ нихъ мы почти всегда замѣчаемъ и очаги совершенно неправильной формы, чего мы въ приведенныхъ выше случаяхъ не приходило въ видѣть. Далѣе, тамъ бляшки всегда появляются цѣлыми массами, тогда какъ здѣсь онѣ располагаются въ видѣ отдѣльно стоящихъ пятнышекъ. Раньше описанныя бляшки всегда отличались типическимъ розовато-желтымъ оттѣнкомъ, напоминающимъ скорѣе цвѣтъ милліарныхъ опухолей или свѣжихъ экссудатовъ оболочекъ глазного дна, эти же обыкновенно лишены этой окраски и представляются бѣлыми или слегка грязноватыми, на подобіе атрофическихъ очаговъ. Первые наблюдаются только при бугристой проказѣ и сопровождаются разстройствомъ цвѣтоощущенія, послѣдніе же могутъ встрѣчаться при обѣихъ формахъ ея и аномалій со сферы цвѣтоощущенія не вызываютъ.

Наконецъ, въ эту же группу можно отнести случаи №№ 42 и 44, встрѣтившіеся мы при бугристой проказѣ, сюда-же относится и случай № 30-ый. Здѣсь бугорки, о которыхъ рѣчь будетъ ниже, осложняли обычную и уже описанную раньше картину ретинальных бляшекъ. Два раза заболѣваніе это наблюдалось на обѣихъ глазахъ; два раза у женщинъ и одинъ разъ у мужчинъ. Болѣзнь состоитъ въ появленіи массы совершенно мелкихъ сѣроватыхъ бугорковъ, видныхъ только въ прямомъ изображеніи и то съ большимъ трудомъ. Лежатъ они на соскѣ и въ сѣтчаткѣ, занимая пространство въ 3—4 поперечника перваго; особенно много встрѣчается ихъ въ сѣтчаткѣ, гдѣ они располагаются надъ сосудами. Тѣ изъ бугорковъ, которые лежали надъ венами соска при пульсаціи послѣднихъ мѣняли свой блескъ, становясь ярче при расширеніи венъ, отчего получа-

лась иногда довольно эффектная картина (№ 30). Означенныя образованія на самомъ дѣлѣ должны быть совершенно малыхъ размѣровъ и едва-ли видны невооруженнымъ глазомъ. Возможно, что они ничто другое, какъ милліарныя лепромы сѣтчатки (ея внутреннихъ слоевъ), тѣмъ болѣе, что они были наблюдаемы только при бугристой формѣ и всегда осложнялись точечнымъ специфическимъ кератитомъ.

№ 30 (156). Блондъ Янъ, 35 л. Лепрозорія — Тарвасть № 156. *Lepa tuberosa*. Болея 6 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Conj. palр слегка гиперемирована. Въ верхней четверти лѣвой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній.

Офтальмоскоп. изслѣд. Ос. d. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Сосуды сѣтчатки и сосокъ гиперемированы; на носовой половинѣ послѣдняго свѣтлосѣровая пленка, отчасти переходящая черезъ границу соска. Масса бѣлыхъ точекъ съ желтовато-сѣрымъ оттѣнкомъ, диффузно ограниченныхъ, лежащихъ въ обѣихъ внутреннихъ квадрантахъ, преимущественно въ верхнемъ; въ височной половинѣ бляшекъ не много. Точки могутъ быть прослѣжены до самой периферіи глазного дна, гдѣ величина ихъ, повидимому, становится больше. Размѣры ихъ колеблются отъ булавочной головки до коноплянаго зерна, а въ рѣдкихъ случаяхъ еще больше. Сосуды сѣтчатки проходятъ надъ бляшками, а въ двухъ мѣстахъ получается впечатлѣніе, что сосудъ, какъ будто надъ ними слегка изгибается. Помимо этихъ бляшекъ непосредственно надъ и подъ соскомъ, на пространствѣ двухъ поперечниковъ послѣдняго, встрѣчается масса совершенно мелкихъ величиною съ песчинку сѣроватыхъ точекъ. Онѣ лежатъ въ внутреннихъ слояхъ сѣтчатки, и тѣ изъ нихъ, которыя находятся надъ веной, при пульсаціи послѣдней мѣняютъ свою яркость, становясь, то болѣе, то менѣе свѣтлыми. Ос. s. Такая-же пленка на носовой половинѣ соска, немного переходящая его границы. Тѣ-же точечныя измѣненія въ внутреннихъ слояхъ сѣтчатки у соска. Желтовато-розовыхъ бляшекъ констатировать не удается.

Цвѣтоощущеніе ос. d: зеленый и синій цвѣта смѣшиваются. Поле зрѣнія не сужено. Visus os. utr. = 0,7; стекла не улучшаютъ.

№ 31 (34). Шпальте Марія, 56 л. Лепрозорія — Венденъ № 124. *Lepra tuberosa*. Болея 3 года по крайней мѣрѣ. Зудъ въ глазахъ; иногда передъ глазами является туманъ. *Conjunctivitis catarrh. chr. os. utr.* Въ верхней трети роговицы поверхностный кератитъ съ отдѣльными точками.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. utr.* Такія-же свѣтло-розовые бляшки какъ въ предыдущемъ случаѣ, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно. Во внутренней половинѣ ихъ больше, чѣмъ въ наружной; лежатъ онѣ преимущественно возлѣ сосудовъ, а нѣкоторыя подъ ними. Слѣва измѣненій больше, чѣмъ справа; въ общемъ они гораздо слабѣ выражены, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ.

Цвѣтоощущеніе: весьма часто зеленый цвѣтъ смѣшивается съ другими, особенно съ синимъ. *Visus os. utr. = 0,1* (скіаскопич.: міопическій астигматизмъ около 2,0 D.).

№ 32 (42). Лійцъ Анна, 57 л. Лепрозорія — Венденъ № 18. *Lepra tuberosa*. Болея 13 лѣтъ. На правомъ верхнемъ вѣкѣ въ наружной половинѣ лепрома въ состояніи размягченія; на свободномъ краю лѣваго верхняго узелъ съ вишневою косточку. Рѣсницы отсутствуютъ. *Os. utr.* Лепрома *corneo-sclerale*, справа занимающая почти всю наружную половину, слѣва наружный верхній квадрантъ роговицы. Роговицы возлѣ опухли на нѣкоторомъ протяженіи помутнены. Радужныя оболочки безъ измѣненій, зрачки хорошо реагируютъ. *Cataracta incipiens os. d.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Вокругъ соска на протяженіи 5 поперечниковъ его масса розовато-бѣлыхъ диффузно ограниченныхъ бляшекъ, особенно много ихъ въ области желтаго пятна и въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ. Лежатъ онѣ преимущественно возлѣ сосудовъ, а нѣкоторыя подъ ними, величина ихъ въ прямомъ видѣ равняется приблизительно конопляному зерну. Легкая гиперемія соска. *Os. d.* Измѣненій не наблюдается.

Цвѣтоощущеніе: *os. s.* зеленый цвѣтъ смѣшивается съ синимъ, желтый съ бѣлымъ; *os. d.* цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія *os. s.* сужено. *Visus os. d. M 8,0 D = 0,2; os. s. H 1,0 V = 0,2.*

№ 33 (238). Томсонъ Янъ, 49 л. Лепрозорія — Мули. *Lepra tuberosa*. Болея 10 лѣтъ. На глаза не жалуются.

23/IX 901. Въ верхней трети роговицы поверхностный лепрозный кератитъ съ отдѣльными точечками. Другихъ измѣ-

неній нѣтъ. Дно глаза нормально. Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. d. = 0,7; os. s. = 0,8*, стекла не улучшаютъ.

23/XII 901. При наружномъ осмотрѣ новыхъ измѣненій нѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Темная пигментная точка съ булавоочную головку въ периферіи верхняго наружнаго квадранта, которая была констатирована уже при первомъ изслѣдованіи. *Os. utr.* Много бѣлыхъ съ желтовато-розовымъ оттѣнкомъ бляшекъ величиною съ булавоочную головку и меньше, доступныхъ изслѣдованію только въ прямомъ видѣ. Лежатъ онѣ подъ сосудами вблизи соска и слѣва сильнѣе выражены, здѣсь онѣ преимущественно занимаютъ верхній внутренний квадрантъ, справа же внутренний нижній. Края ихъ диффузно ограничены.

Цвѣтоощущеніе: зеленый цвѣтъ называетъ лиловымъ. *Visus os. d. < 0,7, os. s. < 0,8.*

20/V 902. Status idem. Бляшки, повидимому, стали немногихъ размѣровъ.

10/I 903. Status idem. *Os. s.* Ретинальный сосудъ, проходя надъ бляшкой, въ двухъ мѣстахъ изгибается. Зеленаго цвѣта не узнаетъ по прежнему, считаетъ его то желтымъ, то розовымъ.

№ 34 (41). Зелтинъ Анна, 63 л. Лепрозорія — Венденъ № 29. *Lepra tuberosa*. Болея 15 лѣтъ. Рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ отсутствуютъ, на верхнихъ малочисленны и атрофированы. На *conj. palp.* рубцовая трахома. Наружную половину роговицы серповидно охватываетъ желтоватая кайма, справа слегка возвышенная. Поверхностный кератитъ, справа занимающій верхнюю половину роговицы, слѣва почти всю ее. *Os. s.* Снизу и снутри задняя синехія; экссудатная пленка отчасти прикрываетъ зрачекъ; воспалительныя явленія отсутствуютъ. *Cataracta senilis incipiens os. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ у самого соска три рядомъ лежащихъ диффузно ограниченныхъ розовато-бѣлыхъ бляшки, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно. *Os. s.* изслѣдовать не удается.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. d. = 0,3, os. s. = 0,2;* стекла не улучшаютъ.

№ 35. (101). Штраухъ Эде, 54 л. Лепрозорія — Рига № 266. *Lepra tuberosa*. Болея 7 лѣтъ. На глаза не жалуются.

ется. Верхнія вѣки диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочислены и атрофированы. Диффузный поверхностный кератитъ съ отдѣльными точками, справа въ верхней трети, слѣва въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: Масса отдѣльных бѣлыхъ точечныхъ не строго ограниченныхъ пятенъ, лежащихъ подъ сосудами сѣтчатки; мѣстами они сливаются въ болѣе обширные неправильной формы очаги. Измѣненія лежатъ около соска, справа въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ, слѣва же они преимущественно занимаютъ внутренній нижній квадрантъ, въ другихъ областяхъ они попадаются рѣже.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus oc. utr. < 0,9.

№ 36 (84). Сваратъ Вилгельмина, 79 л. Лепрозорія — Рига № 244. *Lepa tuberosa*. Болея 5 лѣтъ. На глаза не жалуются. Conj. palp. и bulbi oc. utr. слегка инъецированы. Въ верхней половинѣ роговицы поверхностный кератитъ, слѣва сильнѣе выраженный. Чувствительность на conj. palp., bulbi и на роговицѣ понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: oc. utr. Подвижныя помутнѣнія стекловиднаго тѣла, справа ихъ весьма много и въ видѣ отдѣльных большихъ хлопьевъ. Изслѣдованіе на обоихъ глазахъ по причинѣ помутнѣній средѣ возможно только въ обратномъ видѣ. Слева въ верхней половинѣ вблизи соска нѣсколько бѣловатыхъ отдѣльно стоящихъ точекъ, въ одномъ мѣстѣ сливающихся какъ бы въ одно неправильной формы бѣлое пятно; одна такая точка замѣчается и въ области желтаго пятна. *Staphyloma posticum annulare* незначительной степени. Гиперемія соска.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Visus oc. d. = 0,5, oc. s. = 0,3; стекла не улучшаютъ.

№ 37 (163). Мандель Аннѣ, 71 г. Лепрозорія-Тарвасть № 38. *Lepa tuberosa*. Болея 10 лѣтъ. Верхнія вѣки, особенно края диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочислены и атрофированы. Въ верхней четверти правой роговицы поверхностное диффузное помутнѣніе съ отдѣльными точками; въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ лѣвой роговицы *macula*. *Cataracta senilis incipiens* oc. s.

Офтальмоскоп. изслѣд.: oc. utr. Стекловидное тѣло диффузно помутнено, кое-гдѣ различаются отдѣльныя подвижныя помутнѣнія. Сосокъ довольно сильно экскавированъ (глау-

коматозно?), сосуды выходятъ почти у носового края его. Въ внутренней половинѣ глазного дна, особенно въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ масса отдѣльных диффузно ограниченныхъ бѣлыхъ съ желтовато-сѣрымъ оттѣнкомъ пятенъ овальной формы, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно, мѣстами они, соединяясь, образуютъ бляшки неправильной формы. Oc. d. *Staphyloma posticum temp.* незначительной степени.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ замѣтныхъ измѣненій. Тензія, повидимому, не измѣнена. Oc. d. M 1,5 V < 0,7; oc. s. M 2,5 V < 0,7.

№ 38 (230). Ломпъ Аннѣ, 79 л. Лепрозорія-Ненналь № 226. *Lepa maculo-anaesthetica*. Продолжительности болѣзни опредѣлить не удастся. На субъективныя данныя полагаться нельзя (пациентка глуха, неинтеллигентна). *Cataracta senilis incipiens* oc. utr.

Офтальмоскоп. изслѣд. По причинѣ катаракты дно видно неясно. Изслѣдованіе въ обратномъ видѣ: вблизи соска праваго глаза въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ нѣсколько бѣловатыхъ точекъ съ булавочную головку и меньше; болѣе подробно ихъ осмотрѣть не удастся. На днѣ лѣваго глаза измѣненій констатировать нельзя.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Visus oc. utr. = 0,1; стекла не улучшаютъ.

№ 39 (138). Персъ Якъ, 67 л. Лепрозорія-Тарвасть № 43. *Lepa maculo-anaesthetica*. Болея 7 (?) лѣтъ. На глаза не жалуются. На conj. palp. рубцовая трахома. *Ranvus vetus* въ верхней трети лѣвой роговицы, въ центрѣ ея двѣ значительныя *maculae*.

Офтальмоскоп. изслѣд.: oc. utr. Въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ возлѣ соска на протяженіи четырехъ поперечниковъ послѣдняго масса розовато-бѣлыхъ не строго ограниченныхъ пятенъ, въ прямомъ видѣ величиною съ булавочную головку; во многихъ мѣстахъ они, соединяясь другъ съ другомъ, образуютъ неправильной формы бляшки. Справа отдѣльныя точки попадаютъ и въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ. Сосуды сѣтчатки вездѣ проходятъ надъ ними безъ измѣненій.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ измѣненій. Oc. d. H 2 D. V < 0,9; oc. s. H 1,25 V < 0,8.

№ 40 (66). Свѣики съ Андрей, 60 л. Лепрозорія-Рига. *Lepa nervorum*. Болея 18 лѣтъ. Глаза больны больше, чѣмъ 10 лѣтъ; сильная свѣтобоязнь. Oc. utr. *Lagophthalmus paraly-*

ticus и ectropium paralyticum palp. inf. средней степени. Conj. palp. и bulbi гиперемированы, особенно въ нижней половинѣ. Нѣкоторое сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка. Чувствительность на кожѣ вѣкъ и на роговицахъ понижена, на conj. palp. и bulbi отсутствуетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд. Сильная свѣтобоязнь до нѣкоторой степени препятствуетъ точному изслѣдованію. Ос. d. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Сосокъ слегка гиперемированъ, вокругъ него на пространствѣ въ четыре поперечника соска, особенно сверху и снизу замѣчается масса бѣлыхъ пятнышекъ величиною съ булавочную головку и больше: мѣстами они сливаются, сохраняя свою круглую или овальную форму. Сосуды проходятъ надъ ними безъ измѣненій. Ос. s. Такія же бляшки и на томъ же протяженіи, но въ общемъ измѣненія здѣсь слабѣе выражены.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія ос. utr. сужено, особенно сильно съ височной стороны, съ верхней и нижней меньше, съ носовой суженія нѣтъ. Visus ос. d. = 1,0; ос. s. M 0,5 D V = 0,9.

№ 41 (95). Крузе Анна, 71 г. Лепрозорія-Рига № 81. Lepra nervorum. Продолжительности проказы опредѣлить не удается (пациентка утверждаетъ, что у нея проказы нѣтъ). При наружномъ осмотрѣ измѣненій глазъ нѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд. Ос. utr. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Отдѣльныя бѣлыя точки, во многихъ мѣстахъ сливающіяся въ неправильные островки такого же цвѣта. Особенно сильно выражены измѣненія на днѣ лѣваго глаза, гдѣ они равномерно распространены вокругъ соска на протяженіи трехъ поперечниковъ послѣдняго. Справа ихъ гораздо меньше, и въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ они почти совершенно отсутствуютъ. Лежатъ эти измѣненія подъ сосудами сѣтчатки.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поля зрѣнія по причинѣ неинтеллигентности пациентки опредѣлить не удается. Ос. d. H 3 D V = 0,7; ос. s. H 3 D V = 0,9.

№ 42 (246). Томсонъ Марія, 30 л. Лепрозорія-Мули. Lepra tuberosa. Больна 4 года. Верхняя треть роговицы диффузно помутнена, въ помутнѣніи различаются отдѣльныя точки.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Въ нижней половинѣ дна глаза, особенно въ внутреннемъ квадрантѣ, возлѣ соска и на протяженіи четырехъ поперечниковъ послѣдняго, масса отдѣльных сѣровато-бѣлыхъ точекъ величиною съ песчинку, лежащихъ въ сѣтчаткѣ надъ сосудами, какъ въ случаѣ № 30. Ос. s.; точекъ весьма мало и на томъ же мѣстѣ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus ос. utr. = 1,0.

D. Измѣненія ретинальных сосудовъ.

(Случаи №№ 43—48.)

Познакомившись такимъ образомъ съ болѣзнями сосудистой и сѣтчатой оболочекъ перейдемъ къ другому не менѣе важному отдѣлу, къ изученію измѣненій ретинальных сосудовъ.

Пораженіе сосудовъ при проказѣ — фактъ самъ по себѣ давно извѣстный. Такъ Danielssen и Воеск, а затѣмъ и другіе перѣдко это могли констатировать путемъ прямого ощупыванія подкожныхъ венъ, которыя, проходя черезъ лепрозно измѣненную теанъ, иногда принимаютъ характеръ настоящихъ четкообразно утолщенныхъ тяжей. Патолого-анатомически вены изъ пораженныхъ участковъ впервые были изучены Boettcher'омъ¹⁾ и Degio, а впоследствии Joelsohn²⁾ подъ руководствомъ послѣдняго изслѣдовалъ и артеріи такихъ же участковъ. Изъ этихъ работъ ясно видно, что при проказѣ заболѣваютъ всѣ три оболочки сосудовъ, а въ тяжелыхъ случаяхъ эндартеріитъ ли эндофлебитъ, какъ и при сифилисѣ, могутъ повести къ совершенной закупоркѣ сосуда. Новѣйшія работы Glück'a³⁾ и Uhlenhuth'a и Westphal'я

1) Protocolle der Dorpater medicin. Gesellschaft 29. IX. 1875.

2) Ueber die Erkrankung des Gefässsystems bei der Lepra. Diss. Dorpat 1893.

3) Lepraconferenz 1897.

еще болѣе уяснили этотъ вопросъ, доказавши, что *intima* сосудовъ подобнымъ образомъ можетъ заболѣвать даже первично, путемъ метастазовъ, при отсутствіи всякихъ патологическихъ явленій со стороны остальныхъ оболочекъ и окружающихъ ихъ тканей.

При сравнительно не рѣдко встрѣчающихся заболѣваніяхъ кровеносныхъ сосудовъ при проказѣ уже а priori можно ожидать встрѣтить измѣненія сосудовъ и въ сѣтчаткѣ. Къ тому же болѣе крупныя изъ нихъ лежатъ въ самыхъ внутреннихъ слояхъ ея, расположены въ одномъ слоѣ, окружены прозрачною тканью и доступны изслѣдованію при сравнительно сильномъ увеличеніи (при изслѣдованіи въ прямомъ видѣ). Это все условія чрезвычайно благоприятныя для непосредственнаго наблюденія.

Среди своихъ больныхъ я нашелъ измѣненія сосудовъ въ шести случаяхъ (№ № 43—48).

Очень типиченъ случай № 44-ый съ двусторонними измѣненіями ретинальных сосудовъ въ общемъ одинаковаго характера. Слева въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ ретины и самого соска расположены очень многочисленныя кровоизліянія на протяженіи около трехъ діаметровъ *par. p. opt.* Они очень тонки, имѣютъ видъ линій съ лучистымъ расположеніемъ по отношенію къ соску. Видъ и направленіе говорятъ за положеніе ихъ въ самомъ внутреннемъ слоѣ сѣтчатки. Четыре болѣе крупныхъ округлой формы кровоизліяній лежатъ кнаружи отъ соска недалеко отъ области желтаго пятна. Въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ видны вблизи соска три небольшихъ темныхъ пятна, это вѣроятно остатки бывшихъ здѣсь кровоизліяній. *Art. nas. sup.* является прерывистой, т. е. ея кровяной столбъ какъ бы распался на отдѣльныя краснаго цвѣта части, а промежуточные отдѣлы ствола артеріи не видны, здѣсь она вполне облитерирована (?). Вся часть сѣтчатки въ области распространенія этой артеріи слегка мутновата съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Кверху отъ соска между двумя расходящимися изъ общаго ствола артеріями сѣтчатка является

совершенно мутной, бѣлаго цвѣта и имѣетъ видъ треугольника, вершина котораго обращена внизъ къ мѣсту расхожденія артерій. Мнѣ думается, что въ данномъ случаѣ имѣется эндартеріитъ съ послѣдовательными измѣненіями сѣтчатой оболочки (диффузная мутность сходная съ измѣненіями сѣтчатки, напр., при эмболии). Тому же процессу обязаны своимъ происхожденіемъ и кровоизліянія. Отсутствіе здѣсь видимыхъ измѣненій сосудовъ не исключаетъ этого патологическаго процесса.

Такой же эндартеріитъ можно было наблюдать и на днѣ праваго глаза. Двѣ артеріи во внутренней половинѣ сѣтчатки являются сильно суженными, только въ одномъ мѣстѣ и на короткомъ протяженіи просвѣтъ ихъ достигаетъ нормальной ширины. *Art. tem. sup.* на соскѣ сильно сужена, а на дальнѣйшемъ протяженіи въ силу ограниченнаго эндартеріита является прерывистой, какъ и на лѣвомъ глазу. Въ периферіи, въ области ея распространенія, видны два довольно крупныя кровоизліянія.

Сходныя измѣненія встрѣчаются у больной № 45 на лѣвомъ глазу. Здѣсь мы видимъ въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ сѣтчатки одну изъ вѣтвей *art. temp. inf.* сильно суженой и превращенной въ бѣлый тяжъ, въ одномъ мѣстѣ котораго на сравнительно короткомъ протяженіи виденъ не суженный и наполненный кровью просвѣтъ сосуда. Соответствующая вена сужена. Въ области этихъ измѣненныхъ сосудовъ сѣтчатка мутна, желтовато-бѣлаго цвѣта, захваченный участокъ имѣетъ видъ большаго продолговатаго пятна.

У больного № 47 мы видимъ въ сѣтчаткѣ на нѣкоторомъ разстояніи отъ соска диффузную мутность въ видѣ треугольника, вершиной обращеннаго къ соску. Въ этой области сосуды не сужены, но являются ясно прерывистыми, какъ въ предыдущихъ случаяхъ.

Въ случаѣ № 43 бросается въ глаза обильное развитіе кровеносныхъ сосудовъ въ стекловидномъ тѣлѣ, берущихъ начало изъ артеріи, выходящей изъ новообразованной бляшки на соскѣ. Таковую картину я видѣлъ у проказенныхъ одинъ

только разъ и не могу сказать, стоитъ ли она въ связи съ проказою. Но это нужно сказать относительно вены въ нижне-внутреннемъ квадрантѣ сѣтчатки. Въ общемъ расширенная вена въ самой крайней периферіи являлась четкообразной, т. е. суженія ея чередовались съ расширеніями просвѣта. Периферическій конецъ вены исчезалъ въ довольно крупномъ кровоизліяніи, вблизи котораго находились два другихъ красныхъ пятна.

У больного № 46. не было видно измѣненій, видимыхъ глазомъ, но имѣлось треугольное помутнѣніе сѣтчатки совершенно такого-же характера, какъ мы видѣли у больныхъ № № 44 (ос. sin.), 45 (ос. sin.) и 47.

Въ случаѣ № 48. найдены нѣсколько черныхъ пятенъ, расположенныхъ гуськомъ другъ за другомъ и радіально къ соску. Вѣроятно, это остатки бывшихъ здѣсь кровоизліяній, можетъ быть, въ зависимости отъ измѣненія ближайшихъ сосудовъ. Во время изслѣдованія въ нихъ ничего ненормальнаго не было найдено.

Описанныя измѣненія артерій выражаются при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи въ видѣ суженія ихъ, превращенія ствола въ тонкій бѣлаго цвѣта тяжъ и наконецъ въ видѣ прерывистости кровяного столба. Въ послѣднемъ случаѣ артерія распадается какъ-бы на отдѣльные красные столбики. Промежуточныхъ частей между ними мнѣ не удалось непосредственно наблюдать, потому что изслѣдованіе этого больного въ прямомъ видѣ было не только неприятно вслѣдствіе его смраднаго дыханія, но можетъ быть и не безопасно для изслѣдователя. Измѣненія венъ я встрѣтилъ одинъ только разъ, и они выражались иначе: на расширенномъ стволѣ суженныя мѣста чередовались съ расширенными.

По всей вѣроятности, этимъ всѣмъ измѣненіямъ соответствуетъ патолого-анатомически картина эндартерита и эндофлебита, хотя, конечно, по офтальмоскопической картинѣ трудно судить о гистологическихъ процессахъ. Такъ назы-

ваемого периваскулита я не встрѣчалъ. Вслѣдствіе указанныхъ процессовъ наступаетъ разстройство питанія сѣтчатки, что проявляется ея диффузнымъ помутнѣніемъ бѣлаго цвѣта, имѣющимъ чаще всего форму треугольника, вершиною обращеннаго къ соску. Помутнѣніе это встрѣтилось мнѣ въ четырехъ случаяхъ изъ пяти (я не считаю сомнительнаго 48-го случая). Вѣроятно, оно по своему происхожденію аналогично помутнѣнію при эмболическихъ процессахъ.

Кровоизліянія наблюдаются рѣже, я ихъ видѣлъ только въ двухъ случаяхъ изъ пяти. Они въ общемъ не особенно велики, большею частью круглой формы, разъ они отличались особенно обильнымъ количествомъ и линейной формой.

Сосудистыя измѣненія въ сѣтчаткѣ я встрѣтилъ всего пять разъ, что на 48 больныхъ съ офтальмоскопическими данными составляетъ около 10,5% всего числа измѣненій глазного дна. Мнѣ думается, что они на самомъ дѣлѣ должны встрѣчаться еще чаще, такъ какъ сосуды въ периферіи не могутъ быть изслѣдованы съ той точностью, какъ у соска.

№ 43 (83). Биргеръ Ева, 50 л. Ленрозорія — Рига № 79. *Lepra tuberosa*. Больна 8 лѣтъ. Семь лѣтъ тому назадъ пациенткѣ разъ въ теченіе нѣкотораго времени было темно передъ глазами, болями не страдала. Двѣ недѣли тому назадъ пациенткѣ было дурно и съ тѣхъ поръ она чувствуетъ что-то неладное въ правомъ глазу. Теперь вполне здорова. — *Iris* ос. utr. сѣровато-синяго цвѣта, на ней масса темнубураго пигмента. Другихъ измѣненій при наружномъ осмотрѣ нѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Сосокъ слегка гиперемированъ, границы его немного ступеваны, припухлости нѣтъ. Середину соска занимаетъ сѣровато-бѣлая бляшка съ полсоска, прикрывающая выходъ главныхъ сосудовъ. Изъ бляшки выходитъ сосудъ, направляющійся прямо въ стекловидное тѣло и распадающійся на двѣ вѣтви; одна изъ нихъ идетъ вверхъ, другая внизъ. Каждая, не отдавая вѣтвей, распадается на два сосуда, составляющихъ вмѣстѣ какъ бы одну прямую перпендикулярную къ нимъ. Отъ этихъ прямолинейныхъ конечныхъ сосудовъ, на всемъ ихъ протяженіи, приблизительно подъ прямымъ угломъ отходятъ по направленію впередъ много отдѣльныхъ мелкихъ вѣточекъ, такъ что въ общемъ получается кар-

тина, весьма напоминающая зубцы граблей. Сосуды идут весьма далеко въ стекловидное тѣло, но до хрусталика не доходятъ. Въ стекловидномъ тѣлѣ никакихъ помутнѣній констатировать не удастся. — На днѣ масса розовато-бѣлыхъ круглыхъ и овальныхъ бляшекъ, мѣстами соединяющихся въ островки неправильной формы. Эти измѣненія диффузно ограничены, лежатъ подъ сосудами сѣтчатки и расположены вокругъ соска; особенно много ихъ внизу отъ него, гдѣ они могутъ быть прослѣжены до самой периферіи. — Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта нѣсколько свѣжихъ темнокрасныхъ кровоизліяній въ сѣтчаткѣ. Одно изъ нихъ прилежитъ къ *v. nas. inf.*, просвѣтъ которой въ периферической части ея не вездѣ кажется одинаковымъ. Вообще вены представляются довольно сильно инъецированными, относительно артерій этого сказать нельзя. *Ос. s.* Въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ дна глаза возлѣ соска, на протяженіи трехъ поперечниковъ послѣдняго, тѣ же круглыя и овальныя бѣлыя бляшки, какъ въ первомъ глазу.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поля зрѣнія изслѣдовать не удается. *Visus os. utr.* < 1,0.

№ 44 (40). Сприяцисъ Лена, 50 л. Лепрозорія-Венденъ № 11. *Lepra tuberosa*. Больна 20 лѣтъ. На глаза не жалуются. Верхнія вѣки диффузно инъецированы. Рѣсницы отсутствуютъ. Въ верхней трети роговицы внѣ области зрачка поверхностный точечный кератитъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *ос. s.* Сосокъ гиперемированъ. Въ наружномъ верхнемъ его квадрантѣ геморрагіи. Соотвѣтственно этому квадранту находятся кровоизліянія и въ сѣтчаткѣ вблизи соска, гдѣ они занимаютъ пространство около трехъ его поперечниковъ. Они состоятъ изъ массы отдѣльныхъ незначительныхъ красныхъ штриховъ, имѣющихъ направленіе радіальное къ соску. Кромѣ того, видны еще четыре круглыхъ геморрагіи величиной съ перечное зерно, лежащихъ въ горизонтальномъ направленіи между соскомъ и желтымъ пятномъ. Немного ниже ихъ въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ сѣтчатки три темныхъ пятна такой же величины. Надъ соскомъ, приблизительно на разстояніи двухъ его поперечниковъ, сѣтчатка помутнена въ видѣ бѣлаго непрозрачнаго диффузнаго ограниченнаго треугольника, обращеннаго вершиною къ соску. Въ нѣкоторыхъ артеріяхъ замѣчается мѣстами значительное суженіе просвѣта, чередующееся иногда съ, повидимому, полнымъ запустѣніемъ его,

отчего здѣсь кровяной столбъ являлся прерывистымъ. Весь внутренній верхній квадрантъ глазного дна, гдѣ между прочимъ встрѣчаются и упомянутые измѣненные сосуды, представляется слегка мутноватымъ съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Вены расширены, но со стороны ихъ измѣненій констатировать не удастся. На носовой сторонѣ соска нѣсколько сѣроватыхъ величиною съ песчинку точекъ. *Ос. d.* Сосокъ гиперемированъ. Двѣ артеріи въ носовой половинѣ глазного дна сильно сужены, только въ одномъ мѣстѣ на короткомъ протяженіи просвѣтъ ихъ кажется нормальной ширины. *Art. temp. sup.* сильно сужена на соскѣ, сейчасъ за нимъ она немного расширяется и исчезаетъ совсѣмъ, только на ея продолженіи въ периферіи видны два довольно толстыхъ красныхъ штриха. Вѣроятно, это видимые остатки облитерированной артеріи, исчезнувшей на другихъ мѣстахъ для непосредственнаго наблюденія. Недалеко отъ этихъ красныхъ линий, дальше къ периферіи, лежатъ двѣ круглыхъ геморрагіи съ $\frac{1}{8}$ соска. Вены слегка расширены, другихъ измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. *Visus os. d.* < 0,6; *ос. s.* < 0,8. Стекла не улучшаютъ.

№ 45 (193). Эрикъ Петъ, 53 л. Лепрозорія-Гарвасть № 35. *Lepra maculo-anaesthetica*. На глаза не жалуются. При наружномъ осмотрѣ измѣненій нѣтъ. Больна 7 лѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *ос. s.* На разстояніи четырехъ поперечниковъ соска отъ послѣдняго въ области *art. tem. inf.* помутнѣніе сѣтчатки желтовато-бѣлаго цвѣта, имѣющее форму горизонтальнаго диффузно ограниченнаго овала и занимающее пространство, по крайней мѣрѣ, въ шесть поперечниковъ соска. Одна изъ прилежащихъ вѣтвей артеріи оказывается облитерированной, соотвѣтствующая вена сужена. *Ос. d.* Совершенно въ периферіи верхняго внутренняго квадранта встрѣчаются ся отдѣльно стоящія пигментныя точки, мѣстами пигментъ окружаетъ бѣлыя пятнышки.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. *Visus os. utr.* Н 1,5 D < 1,0.

№ 46 (9). Озолинъ Мартынь, 48 л. Лепрозорія-Венденъ № 62. Боленъ 15 лѣтъ. Иногда, по его словамъ, появляется туманъ передъ глазами. На субъективныя данныя пациента полагаться нельзя. Края вѣкъ диффузно инъецированы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ верхней части

роговицы поверхностное помутнение, справа отчасти заходящее въ область зрачка.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. На разстояніи 4—5 поперечниковъ соска, снаружи отъ него помутнение сѣтчатки въ видѣ бѣловатаго треугольника съ диффузно ограниченными краями, обращеннаго вершиною къ соску. Сосуды повидимому вездѣ нормальнаго просвѣта и ничего повидимому патологическаго не представляютъ. Ос. d. Измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Visus os. d. = 1,0, ос. s. = 0,5; стекла не улучшаютъ.

№ 47 (55). Симсонъ Янъ, 58 л. Лепрозорія — Рига № 261. Lepra tuberosa. Начало заболѣванія не поддается опредѣленію. На глаза не жалуются. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ роговицы поверхностное помутнение съ отдѣльными точками, отчасти переходящее въ внутренній верхній и въ наружный нижній квадранты; слѣва измѣненія сильнѣе выражены.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Надъ соскомъ приближенно на разстояніи двухъ поперечниковъ отъ него начинается помутнение сѣтчатки, имѣющее видъ бѣлаго треугольника, обращеннаго вершиною къ соску и прилежащаго однимъ ребромъ къ артеріи, другое ребро и основаніе диффузно ограничены. Помутнение занимаетъ по крайней мѣрѣ пространство въ пять поперечниковъ соска. Сосуды, лежащіе въ области помутненія, можетъ быть, уже нормальной величины и во многихъ мѣстахъ видимо прерываются. Относительно другихъ сосудовъ ничего патологическаго нельзя замѣтить. Ос. s. Измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. Visus os. d. = 0,7, ос. s. = 1,0. Стекла не улучшаютъ.

№ 48 (32). Зарринъ Эдде, 34 л. Лепрозорія — Венденъ № 88. Lepra tuberosa. Болея 13 лѣтъ. Два года тому назадъ страдала на лѣвомъ глазу болями и свѣтобоязнью въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, теперь на глаза не жалуются. Верхнія вѣки диффузно инфильтрованы; рѣсницы на нихъ малочисленны и атрофированы, на нижнихъ онѣ отсутствуютъ. Keratitis superfl. os. utr., слѣва сильнѣе выраженный. Ос. s. iris нормальнаго цвѣта, зрачекъ хорошо реагируетъ, внизу одна задняя синехія.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Въ периферіи внутренняго нижняго квадранта три кругловатыхъ черныхъ пятна,

лежащихъ другъ за другомъ радіально къ соску; самое близкое къ нему и вмѣстѣ съ тѣмъ самое большое (по крайней мѣрѣ въ четверть соска), охватывается съ ближайшей къ соску половины пигментной каймой полулунной формы. Въ какомъ либо отношеніи къ сосудамъ пятна не стоятъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus os. d. = 1,0; ос. s. = 0,4. Стекла не улучшаютъ.

Е. Измѣненія зрительнаго нерва.

(Случаи № № 49 и 50)

Зрительный нервъ при проказѣ, повидимому, заболѣваетъ крайне рѣдко первично. У одного больного мнѣ удалось констатировать несомнѣнный невритъ (№ 49), а въ случаѣ № 50, принадлежавшемъ пятнистой формѣ, простую атрофію, относительно этиологій этихъ двухъ случаевъ болѣе точныхъ данныхъ добиться я не былъ въ состояніи.

№ 49 (129). Неммикъ Индрикъ, 21 л. Лепрозорія-Тарвасть № 21. Lepra tuberosa. Болея 7 лѣтъ. Когда пациенту было полгода, у него, по словамъ отца, сдѣлался параличъ всей лѣвой стороны и началось внутреннее косоглазие на той же сторонѣ. Hemiplegia sinistra и strabismus convergens os. s. существуютъ и въ настоящее время. Пациентъ психически ненормаленъ и даетъ неточныя показанія. Въ серединѣ лѣваго верхняго вѣка у рѣсничнаго края лепрома величиною съ горошину. Conj. palp. os. utr. слегка гиперемирована. Лѣвый глазъ сильно отклоненъ внутрь, подвижность его снаружи совершенно нарушена. У лимба, соответственно наружному нижнему квадранту правой роговицы, эписклеральная опухоль. Легкое поверхностное помутнение роговицы въ верхней трети. Правый зрачекъ шире нормальнаго, реагируетъ вяло, лѣвый расширенъ ad maximum, не реагируетъ. Iris os. utr. безъ измѣненій.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Границы соска ступеваны, самъ онъ сильно гиперемированъ, по цвѣту приближается къ остальному дну глаза, незначительная припухлость pap. n. optici.

Сосѣдняя сѣтчатка слегка помутнена. Вены шире нормальнаго, артеріи безъ особыхъ измѣненій. Ос. s. Масса совершенно мелкихъ диффузныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла. Дно видно поэтому весьма неясно, и ничего положительнаго сказать нельзя.

Visus os. d. = 0,5; os. s. = пальцы на 2 метра. Стекла не улучшаютъ.

№ 50 (204). Тислеръ Янъ, 41 л. Лепрозорія - Непналь № 222. *Lepra maculo-anaesthetica*. Начала болѣзни опредѣлить не удается. 10 лѣтъ назадъ у пациента сдѣлался параличъ правой стороны. Больной иногда видитъ искры, но на субъективныя данныя совершенно полагаться нельзя: пациентъ психически ненормаленъ. — Въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ лѣвой роговицы небольшая лейкома внѣ области зрачка.

Офтальмоскоп. изслѣд: ос. utr. Сосокъ съ синевато-бѣлымъ оттѣнкомъ, сосуды немного сужены, явленія слѣва сильнѣе выражены.

Цвѣтоощущеніе: больной цвѣтовъ не узнаетъ. Visus os. d. = 0,5; os. s. M 1,0 D. V = 0,4,

Чаще встрѣчается гиперемія соска при описанныхъ измѣненіяхъ дна глаза.

Г. Помутнѣнія стекловиднаго тѣла.

О помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла при иритахъ, иридоциклитахъ и болѣзняхъ глазного дна я уже говорилъ въ предыдущихъ отдѣлахъ своей работы. Сюда я внесъ тѣ помутнѣнія стекловиднаго тѣла, которыя не были осложнены заболѣваніями другихъ частей глаза, слѣдовательно являлись какъ бы самостоятельными болѣзнями. Помутнѣнія такого характера я встрѣтилъ у 6 больныхъ.

Помутнѣнія имѣли большею частью форму подвижныхъ хлопьевъ, были довольно многочисленны и ничѣмъ не отличались отъ обыкновенно наблюдаемыхъ. Но въ виду того, что всякія другія причины, какъ общія, такъ и мѣстныя могли быть исключены, то лепрозное происхожденіе ихъ является весьма вѣроятнымъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ и въ другомъ съ

слѣдами бывшаго ирита я могъ констатировать въ стекловидномъ тѣлѣ сѣроватую непрозрачную пленку величиною въ 1 кв. смт. Пленка лежала неподвижно передъ соскомъ и была хорошо видна у перваго больного съ + 5,0 D, у втораго съ + 8,0 D. Означенные случаи имѣютъ большое сходство съ 2-мъ наблюдениемъ Trantas'a, и вѣроятно они всѣ тоже лепрознаго характера. Сифилисъ вызываетъ иногда подобнаго рода образованія, какъ сообщилъ мнѣ на основаніи своихъ собственныхъ изслѣдованій проф. Евецкій.

III. Общие выводы.

Глаза, считая вмѣстѣ съ ихъ придаточными органами, заболѣваютъ при проказѣ очень часто (не менѣе 75%).

Бугристая форма проказы поражаетъ глаза гораздо чаще, чѣмъ пятнистая, заболѣванія глазъ совмѣстно съ придаточными органами встрѣчаются при ней приблизительно въ 95% всѣхъ случаевъ. тогда какъ при пятнистой формѣ это отношеніе падаетъ приблизительно до 52%.

При проказѣ мужчины, повидимому, заболѣваютъ глазами нѣсколько чаще, чѣмъ женщины (83% и 71%), что особенно замѣтно при пятнистой формѣ. При бугристой проказѣ тяжесть заболѣванія (захватъ самого яблока) выступаетъ рѣзче у женщинъ, а при пятнистой — у мужчинъ.

Весьма вѣроятно, что съ увеличивающейся продолжительностью основного страданія возрастаетъ и частота заболѣванія глазъ, но мой матеріалъ для рѣшенія этого вопроса оказался недостаточнымъ: наблюдались почти исключительно больные первыхъ двухъ десятилѣтій. Во всякомъ случаѣ глазныя заболѣванія появляются при лепрѣ довольно рано.

Глазное яблоко, исключительно оно одно, поражается проказой сравнительно рѣдко (менѣе 3%), одни придаточные органы — въ 12%, но чаще всего заболѣваютъ эти органы совмѣстно съ глазнымъ яблокомъ (61%). При бугристой формѣ пораженіе придаточныхъ органовъ встрѣчается въ 14%, при пятнистой въ 8,5%, а заболѣваніе ихъ совмѣстно съ глазнымъ яблокомъ наблюдается при бугристой проказѣ въ 78%, при пятнистой въ 35%.

Заболѣванія вѣкъ при проказѣ вообще встрѣчаются въ 64,5%, при чѣмъ при *Lepra tuberosa* они наблюдаются гораздо чаще (78%), чѣмъ при *Lepra maculo-anaesthetica* (42%). При бугристой формѣ заболѣванія вѣкъ встрѣчаются у мужчинъ нѣсколько рѣже (73%), чѣмъ у женщинъ (83%): при пятнистой формѣ отношеніе половъ обратное: у мужчинъ 55%, у женщинъ 36%. Поражаются ли вѣки при *Lepra tuberosa* чаще глазного яблока, сказать нельзя. Мнѣніе авторовъ, что заболѣваніе вѣкъ принадлежитъ къ числу первыхъ признаковъ проказы вообще и предшествуетъ пораженію глазного яблока, едва ли можетъ считаться правильнымъ. Число пациентовъ съ здоровыми вѣками постепенно уменьшается съ теченіемъ времени, и это уменьшеніе идетъ въ довольно правильной прогрессіи.

Lepra tuberosa характеризуется развитіемъ лепрозной ткани въ вѣкахъ болѣею частью подъ видомъ разлитого инфильтрата (56%), чаще всего занимающаго рѣсничный край верхняго вѣка; на нижнихъ процессъ всегда слабѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ.

Узлы встречаются гораздо рѣже (9%) и обыкновенно осложняются присутствіемъ инфильтратовъ. Располагаются они иногда симметрично и локализуются преимущественно на рѣсничномъ краю верхняго вѣка. Они исчезаютъ обыкновенно путемъ рассасыванія, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наблюдается размягченіе или изъязвленіе. Сильные рубцы вѣкъ, вызывающіе обезображиваніе, принадлежатъ къ рѣдкостямъ.

Изъ отдѣльныхъ заболѣваній вѣкъ первое мѣсто по частотѣ занимаютъ болѣзни рѣсницъ (70%); заболѣваніе ихъ состоитъ въ атрофіи и выпаденіи; на нижнихъ вѣкахъ процессъ всегда сильнѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ. Болѣзнь обыкновенно начинается на всѣхъ вѣкахъ одновременно; исчезаютъ сперва рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ, затѣмъ въ средней трети верхнихъ и дольше всего остаются въ внутренней ихъ трети.

Lagophthalmus paralyticus съ выворотомъ встрѣчается сравнительно рѣдко (7%).

Измѣненія чувствительности наблюдались въ 10%.

При *Lepra maculo-anaesthetica* вѣки могутъ долгое время оставаться незатронутыми проказой, съ продолжительностью послѣдней наблюдается болѣе частое ихъ заболѣваніе, хотя это происходитъ не въ такой правильной прогрессіи, какъ при *Lepra tuberosa*.

Самое частое разстройство — *lagophthalmus paralyticus* съ выворотомъ (33%). Какъ весьма рѣдкое измѣненіе наблюдается заворотъ верхнихъ вѣкъ.

Измѣненія рѣсницъ состоятъ, какъ при *Lepra tuberosa*, въ атрофіи и выпаденіи, при чемъ нижнія вѣки обыкновенно оказываются сильнѣе пораженными, чѣмъ

верхнія. Эти измѣненія я наблюдалъ сравнительно рѣдко, только въ 8% (Borthen въ 75%).

Анэстезіи, полныя и частичныя, встрѣчались мнѣ въ 12%.

Пятенъ на вѣкахъ мнѣ никогда не пришлось наблюдать.

Всѣ измѣненія со стороны вѣкъ при *Lepra maculo-anaesthetica* должны быть разсматриваемы, какъ трофическія разстройства, первоначальная причина которыхъ кроется внѣ вѣкъ, а именно въ другихъ, пораженныхъ проказою, частяхъ лица.

При *Lepra tuberosa* конъюнктива оказалась измѣненной въ 36%, при *Lepra maculo-anaesthetica* — въ 44%. Измѣненія ея состояли въ анеміи, гипереміи и катаррѣ, клинически ничего характернаго для проказы не представлявшихъ.

Существованіе „*infra- und perikorneale Conjunctivitis*“ Borthen'a при *Lepra maculo-anaesthetica* подлежитъ сомнѣнію.

Самостоятельныхъ лепромъ конъюнктивы не бываетъ: вторично иногда ими захватывается *conjunctiva bulbi*, а *conjunctiva palpebrarum* крайне рѣдко.

Всякое измѣненіе въ чувствительной сферѣ со стороны роговицы сопровождается пораженіемъ чувствительности на *conjunctiva palpebrarum* и *bulbi*. Разстройства чувствительности всегда сильнѣе выражены на конъюнктивѣ вѣкъ, здѣсь она исчезаетъ раньше всего, а дольше всего остается неизмѣненной на роговицѣ.

При *Lepra maculo-anaesthetica* чувствительность бывает чаще (25%) и сильнее поражена, чѣмъ при *Lepra tuberosa* (20%).

Эписклера и склера подвергаются заболѣванію только при бугристой проказѣ (около 19%). Характеръ заболѣванія выражается опухолью (лепромой), развивающейся первично въ эписклерѣ, откуда она можетъ перейти на роговицу, конъюнктиву и склеру. Сидятъ лепромы почти исключительно у лимба и притомъ у наружнаго его края (преимущественно снаружизнизу). Исходъ: полное рассасываніе ихъ, изъязвленіе. Лепромы исчезаютъ безслѣдно или оставляютъ за собою грязновато-сѣрое окрашиваніе склеры, здѣсь соединительная оболочка теперь является сращенной съ подлежащей тканью. Стафиломатозныя выпячиванія склеры на мѣстѣ опухоли наблюдаются крайне рѣдко.

Сидятъ лепромы на склерѣ неподвижно, поверхность ихъ обыкновенно гладкая, цвѣтъ свѣтложелтый, темнобурый, иногда фіолетово-красный. Конъюктива надъ ними подвижна.

Довольно часто склера при отсутствіи склерита была измѣнена въ цвѣтъ въ видѣ темно-бурой каймы вокругъ роговицы или пятна на обычныхъ мѣстахъ появленія лепромъ.

Статистика Borthen'a относительно заболѣванія роговицы при *Lepra tuberosa* не можетъ считаться вполне безупречной. Изъ всѣхъ частей глаза чаще всего заболѣваетъ роговица (79%). При другихъ

болѣзняхъ глазного яблока только въ рѣдкихъ случаяхъ можно застать роговицу нормальной. Пораженіе одной ея наблюдается въ 50% заболѣваній роговицы вообще. Въ большинствѣ случаевъ (66%) роговица заболѣваетъ еще въ первомъ десятилѣтіи проказы.

Поверхностный лепрозный кератитъ встрѣчается въ 69% больныхъ бугристой проказой. Кератитъ всегда начинается возлѣ лимба наружнаго верхняго квадранта, затѣмъ переходитъ на внутренній верхній и, по занятіи верхней трети роговицы, часто останавливается; если же происходитъ обостреніе процесса, то кератитъ передвигается на наружный нижній квадрантъ, не падая и центра роговой оболочки, но обыкновенно онъ остается болѣе прозрачнымъ, чѣмъ периферическія части; внутренній нижній квадрантъ захватывается позже всего и заболѣваетъ рѣдко.

Предсказаніе при лепрозномъ поверхностномъ кератитѣ, какъ таковомъ, обыкновенно можно считать болѣе или менѣе благоприятнымъ.

Худшій прогнозъ отмѣчается въ тѣхъ случаяхъ, когда поверхностный кератитъ переходитъ отчасти и на болѣе глубокіе слои, вслѣдствіе нерѣдкаго появленія тогда заболѣванія сосудистаго тракта.

Относительно лепромъ роговицы я расхожусь съ общепринятымъ дѣленіемъ ихъ на поверхностныя и глубокія. На основаніи выше приведенныхъ соображеній я считаю послѣднія за паренхиматозный кератитъ, аналогичный таковому же при сифилисѣ и туберкулезѣ.

Поверхностныя лепромы составляют у меня около 4% всѣхъ измѣненій роговицы у больныхъ бугристой проказой. Онѣ всегда переходятъ на роговицу съ эписклеры. Регрессивный метаморфозъ чаще всего состоитъ въ всасываніи и рубцованіи, язвенные процессы встрѣчаются рѣже.

Keratitis parenchymatosa leprosa (около 6%) отличается болѣе тяжелымъ предсказаніемъ, почти всегда онъ закончивается слѣпотой вслѣдствіе осложненія иритомъ или иридоциклитомъ и чаще является процессомъ самостоятельнымъ, не стоящимъ въ связи съ паракорнеальными лепромами.

Lepra maculo-anaesthetica. — *Keratitis e lagophthalmos* наблюдается въ 15% всѣхъ больныхъ пятнистой формой проказы и въ 41,5% всѣхъ случаевъ *lagophthalmus'a*. Кератитъ часто сопровождается пораженіемъ чувствительности на роговицѣ. Анэстезія служить признакомъ болѣе тяжелаго заболѣванія и значительно ухудшаетъ прогнозъ; но въ общемъ послѣдній не можетъ считаться абсолютно дурнымъ. Существуютъ ли еще другія специфическія заболѣванія роговицы при *Lepra maculo-anaesthetica*, съ увѣренностью сказать нельзя.

Iris заболѣваетъ довольно часто при проказѣ (28%). Валу реакцию зрачка и легкое измѣненіе его формы надо считать первыми признаками начинающагося ирита. Сосудистый трактъ чаще всего заболѣваетъ подъ видомъ серозно-пластическаго иридоциклита, ничѣмъ не

отличающагося отъ такого же при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Теченіе преимущественно хроническое.

Лепромы радужной оболочки встрѣчаются рѣдко. Онѣ появляются то въ видѣ отдѣльныхъ замѣтныхъ невооруженнымъ глазомъ сѣроватыхъ бугорковъ, какъ напр. при туберкулезѣ, съ ними онѣ и имѣютъ замѣтное сходство; или въ видѣ многочисленныхъ милліарныхъ образований, видимыхъ только при изслѣдованіи лупой, причемъ радужка кажется какъ бы усѣянной цвѣточной пылью.

Лепромы въ передней камерѣ берутъ свое начало изъ угла камеры, а можетъ быть, изъ рѣсничнаго тѣла; проникнувъ въ камеру, онѣ могутъ перейти на радужку и роговицу. Прогнозъ ихъ много хуже вслѣдствіе тяжелаго иридоциклита.

При пятнистой проказѣ сосудистый трактъ заболѣваетъ гораздо рѣже (13%), и болѣзнь протекаетъ съ менѣе рѣзко выраженными воспалительными симптомами, чѣмъ при *Lepra tuberosa*. Иритъ ничѣмъ особеннымъ не отличался, и въ моихъ случаяхъ всегда сопровождался *lagophthalmus'омъ* и измѣненіями роговицы. Относительно истинной природы ирита еще ничего положительнаго сказать нельзя.

Хрусталикъ при проказѣ заболѣваетъ всегда вторично вслѣдствіе нарушеннаго питанія при тяжелыхъ иридоциклитахъ resp. иридо-хориоидитахъ, причемъ можетъ послѣдовать разрушеніе сумки все болѣе и болѣе растущей новообразованной лепрозной тканью.

Заболѣванія дна глаза встрѣчаются при проказѣ часто (23% всѣхъ изслѣдованныхъ больныхъ). Очень вѣроятно, что эти измѣненія встрѣчаются еще чаще, но остаются недоступными для изслѣдованія вслѣдствіе помутнѣнія прозрачныхъ средъ.

Бугристая форма проказы вызываетъ эти заболѣванія чаще, чѣмъ пятнистая.

Полъ и возрастъ больныхъ не имѣютъ вліянія на частоту внутриглазныхъ заболѣваній.

Болѣзни дна глаза выражаются измѣненіями сосудистой и сѣтчатой оболочекъ, зрительнаго нерва и стекловиднаго тѣла.

Характеръ заболѣванія сосудистой оболочки имѣетъ типъ разсѣяннаго очаговаго хоріоидита (*Chorioiditis disseminata*), локализирующагося почти всегда на крайней периферіи дна глаза.

Пораженіе сѣтчатой оболочки имѣетъ характеръ или нетипичнаго пигментнаго ретинита (*Retinitis pigmentosa atypica*), или же оно проявляется высыпаніемъ многочисленныхъ отдѣльныхъ очень маленькихъ пятенъ (бугорковъ?) сѣровато-желтаго цвѣта. Въ первомъ случаѣ поле зрѣнія обыкновенно концентрически сужено, и у больныхъ можно констатировать гемералопію.

Въ рѣдкихъ случаяхъ гемералопія можетъ появиться у проказенныхъ самостоятельно, т. е. безъ видимыхъ измѣненій на днѣ глазъ.

Иногда наблюдаются измѣненія ретинальных сосудовъ въ видѣ эндартерита и эндофлебита съ послѣдовательнымъ диффузнымъ помутнѣніемъ сѣтчатки и кровоизліяніями.

Зрительный нервъ заболѣваетъ при проказѣ очень рѣдко, то въ видѣ неврита, то въ видѣ атрофіи соска (2 раза на 47 больныхъ съ офтальмоскопическими измѣненіями дна глаза). Чаще всего встрѣчается гиперемія его при другихъ заболѣваніяхъ глазного дна.

Измѣненія стекловиднаго тѣла характеризуются помутнѣніями его (6 разъ на 47 больныхъ съ офтальмоскопическими измѣненіями). Здѣсь имѣются въ виду помутнѣнія безъ видимаго заболѣванія ретины или хоріоидеи. Послѣдовательныя помутнѣнія при иритахъ, иридоциклитахъ и т. д. встрѣчаются гораздо чаще.

Что же касается вопроса, имѣютъ ли найденныя измѣненія дна глаза что-либо характерное именно для проказы, то для большинства изъ нихъ слѣдуетъ отвѣтить отрицательно. *Chorioiditis disseminata*, *Retinitis pigmentosa atypica*, заболѣванія зрительнаго нерва и помутнѣнія стекловиднаго тѣла встрѣчаются и при другихъ общихъ заболѣваніяхъ. Особенно сходны эти измѣненія съ находящимися при сифилисѣ, который вообще во многихъ отношеніяхъ представляетъ немалое сходство съ лепрой. Совершенно своеобразнымъ и потому для проказы характернымъ я считаю высыпанія мелкихъ пятнышекъ въ ретинѣ (*Retinitis circumscripta*). Можно ли считать послѣднія за милліарныя лепромы, какъ я предполагаю, сказать трудно за отсутствіемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій.

Описанныя въ этой главѣ измѣненія дна глаза нужно считать вызванными лепрой, хотя намъ и не извѣстна ихъ патолого-анатомическая основа. Въ пользу этого взгляда слѣдуетъ привести слѣдующія сообра-

женія: 1) совершенная своеобразность нѣкоторыхъ изъ нихъ; 2) значительный процентъ заболѣваній; 3) частое повтореніе одной и той же картины при отсутствіи всякаго другого этиологическаго момента; 4) одновременное присутствіе лепрозныхъ измѣненій со стороны наружныхъ частей глаза, а иногда даже въ переднихъ отдѣлахъ одной и той же оболочки (радужки); 5) большое сходство ихъ съ измѣненіями, вызываемыми сифилисомъ, при отсутствіи этого заболѣванія.

Относительно происхожденія глазныхъ заболѣваній при проказѣ не достигнуто полнаго согласія: одни авторы (Danielssen и Boeck, Pedraglia, Secondi, Poncet, Babes и др.) признаютъ, что бациллы лепры проникаютъ въ глазъ со стороны соединительной или роговой оболочекъ и отсюда постепенно захватываютъ болѣе глубокія части, другіе же наблюдатели (Hirschberg, Jeanselme и Morax, Borthen, Lie, Franke, Delbanco, Greeff и др.) считаютъ болѣе правильнымъ принять эндогенный путь зараженія бациллами. Послѣдній взглядъ болѣе обоснованъ. Болѣе новыя изслѣдованія показали, что соединительная оболочка заражается бациллами проказы только вторично, изъ болѣе глубокихъ слоевъ, напр. изъ эписклеры при лепромахъ конъюнктивы. Извѣстно далѣе, что ириты могутъ наблюдаться первично безъ предшествовавшаго кератита или эписклерита. Наконецъ, лепрозныя заболѣванія дна глаза встрѣчаются иногда при совершенно нормальномъ состояніи передняго отрезка глаза.

Анатомическое изслѣдованіе (Franke, Delbanco) макроскопически неизмѣненныхъ глазъ у прокаженныхъ показало присутствіе бациллъ въ радужкѣ, рѣсничномъ тѣлѣ и самыхъ заднихъ слояхъ роговицы, между тѣмъ какъ соединительная оболочка и передніе слои роговой были совершенно свободны отъ нихъ. Такимъ образомъ въ перечисленныхъ случаяхъ, по всей вѣроятности, нужно допустить проникновеніе лепрозной заразы въ глубь путемъ кровеносныхъ сосудовъ. Несомнѣнно также, что лепрозные бациллы могутъ распространяться и по лимфатическимъ путямъ, напр. въ роговицѣ.

Оба вида проказы относятся къ глазу, неодинаково. Бугристая форма лепры поражаетъ глаза гораздо чаще пятнистой. Но и характеръ измѣненій совершенно другой: при ней преобладаютъ воспалительные процессы, иногда даже сопровождающіеся развитіемъ лепромъ, между тѣмъ какъ пятнистая проказа вызываетъ преимущественно нервныя разстройства, воспаленія же при ней почти всегда — явленія вторичныя, напр. кератитъ при lagophthalmus'ѣ, иритъ при кератитѣ.

При внимательномъ изученіи лепрозныхъ заболѣваній глаза нельзя не отмѣтить ихъ сходства во многихъ отношеніяхъ съ болѣзнями, вызываемыми сифилисомъ и туберкулезомъ.

Бугристая проказа, подобно указаннымъ, тоже хроническимъ, инфекціоннымъ болѣзнямъ, вызываетъ

паренхиматозный кератитъ. Однако при той же анатомической локализациі клиническая картина при различныхъ этиологическихъ моментахъ не совсѣмъ одинакова. Лепрозный кератитъ развивается очень медленно, склоненъ къ повторяющимся приступамъ, не имѣетъ замѣтной наклонности къ обратному развитію и почти всегда осложняется тяжелыми заболѣваніями сосудистаго тракта, отчего прогнозъ его представляется очень сомнительнымъ. Сифилитическій кератитъ напротивъ отличается сравнительно большей быстротой теченія, явной наклонностью къ обратному развитію и часто не осложняется заболѣваніями глубокихъ оболочекъ глаза, прогнозъ его обыкновенно нельзя считать плохимъ. Туберкулезный кератитъ по своимъ симптомамъ стоитъ ближе къ лепроному.

Все эти заразные болѣзни вызываютъ въ радужкѣ, помимо диффузнаго воспаленія, еще и развитіе бугорковъ. Последніе при сифилисѣ встрѣчаются не такъ рѣдко, локализируются въ области малаго и большаго артеріальныхъ круговъ, отличаются почти всегда желтовато-краснымъ цвѣтомъ, протекаютъ обыкновенно при рѣзкихъ воспалительныхъ явленіяхъ и сравнительно быстро исчезаютъ. Туберкулезные бугорки сѣраго цвѣта, не имѣютъ опредѣленной локализациі, эволюціа ихъ болѣе медленная, теченіе болѣе хроническое. Лепрозные бугорки встрѣчаются, по нашимъ наблюденіямъ, почти всегда у зрачковаго края, цвѣтъ ихъ сѣрый, сопровождающія воспалительныя явленія не рѣзко выражены, въ этомъ отношеніи они стоятъ ближе къ туберкулезнымъ. Изъ случаевъ Hirschberg'a и Borthen'a можно замѣтить,

что бугорки могутъ встрѣчаться и у большаго артеріальнаго круга и въ самой стромѣ радужки (сходство съ туберкулезомъ), однако и въ этихъ случаяхъ большая часть опухолей находилась у зрачковаго края. — При сифилисѣ иногда встрѣчаются плоскія пятна въ ткани iridis, которыя, благодаря ихъ положенію и цвѣту, надо признать за образованія аналогичныя бугоркамъ, хотя специфическое воспаленіе и не произвело здѣсь ограниченной опухоли. Тоже самое иногда наблюдается и при проказѣ.

Узловатая форма циклита встрѣчается изрѣдка при сифилисѣ и туберкулезѣ и ведетъ здѣсь иногда къ развитію большихъ опухолей, проникающихъ въ переднюю камеру или пробивающихъ себѣ дорогу черезъ склеру у лимба. При проказѣ имѣется еще мало данныхъ относительно подобнаго рода опухолей, но несомнѣнно ихъ нахожденіе здѣсь и проникновеніе въ переднюю камеру.

Эти инфекціонныя болѣзни захватываютъ хрусталикъ только вторично, а именно путемъ разстройства его питанія вслѣдствіе тяжелаго придоциклита.

Очень сходны, наконецъ, между собою проявленія сифилиса и проказы на днѣ глаза въ видѣ хориоретинита, пигментнаго ретинита и измѣненій кровеносныхъ сосудовъ сѣтчатки.

IV. Литература.

Въ этомъ переченѣ литературы я старался дать возможно полный обзоръ литературы, по вопросу о заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ. Мнѣ казалось это тѣмъ болѣе желательнымъ, что у другихъ авторовъ въ этомъ отношеніи замѣчаются большіе пропуски. Здѣсь приведена литература исключительно по данному вопросу, сочиненія же о лепрѣ вообще безъ отношенія къ заболѣваніямъ глазъ, поскольку они мнѣ казались важными, приведены мною въ текстѣ.

Addario. — XIII. Ital. Ophth. Congress in Palermo. Ref. Centralbl. f. Aug. 1893, p. 78.

Akino, Jiro*). — The results of operations on the eye in cases of leprosy. Tokei Med. Journ. Nr. 412. Tokio 1886.

Axenfeld und Krukenberg. — Ergebn. d. allg. Pathol. u. path. Anat. d. Auges. Bericht über 1897—1899; pag. 190.

Azavedo Lima et Guedes de Mello. — Ueber das Vorkommen der einzelnen Lepraformen, so wie der Erscheinungen an Augen, Nase, Ohren. Monatsheft f. pract. Dermatologie. 1887. Nr. 14.

Babes. — Histologie der Lepra. Berlin. 1898.; p. 53—54.

— Die Lepra. Wien. 1901.

Babes und Levaditi. — Ophth. Klinik V. p. 73.

Begue. — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement, qui leur convient. Thèse. Paris 1889.

Bidenkap. — An Abstract of Lectures on Lepra. Ref. Monatsheft f. pract. Dermat. 1887.

Bistis. — Sur la lèpre de l'oeil. Arch. d'opht. 1899. Mars.

— Ueber zwei Fälle von lepröser Chorioretinitis. Centralblatt f. Augenheilk. Nov. 1899.

Böckmann, Eduard. — Om den ved trigeminus anæsthesi forekommende hornhindelidelses væsen og årsager. Bergen 1882. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1883.

— Om de spedalskes øienlidelser. Medicinsk revue 1886. Ref. Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1887, p. 563.

Boinet. — La lèpre à Hanoi. Revue de Médecine 1890. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1890, p. 450.

Bruns Henry Dikson*). — Three cases of leprosy of the eye. New Orleans med. and surgical Journ. Vol. XI. Nr. 5. 1883, pag. 3510.

Borthen, Lyder. — The leprosy diseases of the eye. Transactions of the eight international ophthalmological congress, Edinburgh 1894.

— Untersuchungen über die Häufigkeit d. Augenleiden in den beiden Formen d. Lepra. Mitth. u. Verhandl. d. internat. wissenschaftl. Lepra Conferenz. Berlin 1897.

— Lepra. Bibliotheca internationalis. Vol. I. Fasc. 3. 1900.

— Die Blindenverhältnisse bei der Lepra. Klinische Studien. Christiania 1902.

Borthen, L. und Lie. — Die Lepra des Auges. Klinische Studien mit pathol. anatomischen Untersuchungen. Leipzig, 1899.

Bull. — Forekommer Keratitis neuroparalytica hos spedalske? Norsk. Magaz. for Lægevidenskaben. 1882. Christiania. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1883, p. 153.

Capellini. — Di un granuloma leproso del limbus sclerocorneale. Associazione Med. Chir. di Parma 1900 n°3. Ref. Centralblatt f. Augenheilk. 1901, p. 319.

Carron de Villards. — Les affections lépreuses de l'oeil et de ses annexes. Ann. d'oculist. 1856, p. 145—162.

Chiarini et Fortunati. — Un caso di lebbra mutilante con lesioni oculari. Annali di Ottalmologia. An. XXII, p. 95. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1894, p. 534.

Chisolm. — Disease of the corneae in a case of extensive cutaneous anaesthesia. Opht. Hosp. Reports. 1869. Vol. VI.

Cuénot et Remlinger. — Un cas de lèpre oculaire. Presse medic., jan., 1900. Ref. Revue générale d'Ophtalm. 1900, p. 374.

Danielssen et Boeck. — Traité de la Spédalskhed. Paris. 1848.

Dehio, K. — Beiträge z. path. Anatomie d. Lepra. Diss. 1877. Dorpat.

Doutrelepont und Wolters. — Beitrag zur visceralen Lepra. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896.

*) Сочиненія, обозначенныя звѣздочкой, были мнѣ недоступны.

- v. Dühring und Trantas. — Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen. Deutsche Med. Wochenschrift. 1900. № 9.
- Дѣловъ. — Случай проказы глаза. Протоѣ. Туркестанскаго мед. общества. Ref. Zeitschrift f. Augenheilk. 1902, Bd. VIII. Heft 2.
- Eklund. — Om spetalskaa. Stockholm. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1879, p. 256.
- El Siglo Medico. — Leprosy serum in ophthalmic and otologic therapeutic. Ref. Centralbl. f. Aug. 1896, p. 724.
- Franke, E. — Zur pathol. Anatomie d. Lepra d. Auges. Bericht über d. Verhandl. d. IX int. ophth. Kongresses in Utrecht. — Heidelb. ophth. Gesellsch. 1901. Demonstration.
- Franke, E. u. Delbanco, E. — Zur pathol. Anatomie d. Augenlepra. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. L. 1900.
- Galezowsky. — De la lèpre oculaire. Rec. d'Opht. XXIII, p. 129. Ref. Arch. d'opht. 1901., p. 481.
- Gouveia, M.D. — Sur les manifestations oculaires de la lèpre. Ann. d'ocul. 1896. V. CXV, p. 471.
- Greeff. — Die path. Anatomie d. Auges. 1902, p. 199—203. Berlin.
- Haltenhoff. — Un cas de lèpre avec localisations oculaires. Rév. méd. de la Suisse romande. Avril 1902, p. 356. Ref. Rév. gén. d'opht. Vol. XXI, № 11, p. 526.
- Hansen and Bull. — The leprous diseases of the eye. Christiania. 1873.
- Hirschberg. — Ein Fall von Lepra d. Auges. Centrbl. f. Aug. 1891, p. 291.
- Iridocyclitis leprodes. Centralblatt f. Aug. 1888, p. 23.
- Hillairet*). — Infiltrations de la cornée chez lépreux. Gaz. des Hospitaux. 1865, p. 507.
- Hulanicki, W. — Die leprösen Erkrankungen d. Augen. Diss. Dorpat. 1892.
- Jatzow. — Medicinische Skizzen aus Norwegen. Centrbl. f. Aug. 1888, p. 24.
- Kaposi. — Verhandl. d. Wiener dermat. Gesellschafts-Sitzung vom 19. III. 1890. Ref. Arch. f. Derm. n. Syph. 1890, p. 776.
- Pathologie und Therapie d. Hautkrankheiten.
- Kaurin. — On oienlidelser hos de spedalske. Christiania 1885. Ref. Révue gén. d'opht. 1885, p. 375.
- Köbner. — Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. 1876. Heft 1.
- Kollock*), C. W. — Leprosy affecting the eyes. Med. News. 1888.

- Козловскій. — Проказа въ области Терека. Военно-медиц. Журналъ 1869.
- Кудрявскій. — Врачъ 1897, p. 499.
- Lassar. — Ophth. Klinik. IV, p. 149.
- Levaditi. — Pathol. Histologie bei d. Lepra d. Auges. Centralbl. f. allg. Pathologie u. pathol. Anat. 1899; p. 725
- Leloir. — Traité pratique et theoretique de la lèpre.
- Lopez. — Lepröse Augenerkrankungen. Arch. f. Augenheilk. XXII. 1890.
- Lorand. — Mittheilungen über die Lepra in Schweden und Norwegen. Wiener med. Woch. 1894, № 28 (Feuilleton).
- Magawly. — St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1885. Centrbl. f. Augenheilk. 1885. p. 188.
- Mazza, A. — Lepra tuberculosa et anaesthetica, deformante et mutilante, tumori leprosi sclerocorneali, esportatione e cauterizzazione. Annali di Ottalm. XV, fasc. V, VI. 1887. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1887.
- Meyer, Ed. und Berger. — Lepratumor d. Hornhaut von sarcomähnlicher Beschaffenheit. Arch. f. Ophth. Bd. XXXIV, 4. 1888.
- Мюнхъ. — Проказа на юръ Россіи 1885.
- Neisser. — Histologische und bact. Leprauntersuchungen. Virchows Archiv Bd. 103, p. 355. 1886.
- Neve, Arthur. — British medical Journal. 12/V 1900.
- Panas. — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement, qui leur convient. Arch. d'opht. 1887, p. 481.
- De la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre. France méd. № 66, p. 7975. Ref. Rév. gén. d'ophtalm. 1888, p. 334.
- Parinaud. — Lèpre anesthesique de l'oeil. Ann. d'ocul. 1890, II, p. 240.
- Patron-Espada. — Congrès médical Pan-Americain, tenu à la Havanne 1901. Ann. d'ocul. V. CXXVI, 1901, juillet.
- Pedraglia. — Morphötische Augenerkrankungen. Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. X, p. 65—84.
- Pfeiffer. — Beitrag zur Kasuistik der Augenlepra. In. Diss. Freiburg in Br. 1897.
- Philippson, Louis. — Histol. Beschreibung eines leprösen Auges. Beiträge z. Augenheilk. Heft XI. 1893.
- Pollock, C. F. — Leprosy as a cause of blindness with notes of 41 cases. London. Churchill. 1889.

- Poncet (de Cluny). — Sur les lésions oculaires dans la lèpre tuberculeuse. *Progrès Médical* 1888, p. 33. Ref. *Rév. gén. d'opht.* 1888, p. 134.
- Power. — Lèpre. *Ophth. Soc. of Great Britain and Ireland* 1883 6/VII.
- Prunier. — Ophthalmie lépreuse observée au Caire. *Ann. d'ocul.* XIX, p. 20.
- Rampoldi. — Ein Fall von Lepra oculairis. *Centralbl. f. Augenheilk.* 1886, p. 187. (Ref.)
- Roeser. — Sur la lèpre des paupières. *Congrès internat. d'ophtalmologie de Paris. Compte rendu publié par Warlomont.* 1862, p. 209.
- Rockcliffe*). — *Ophthalmological Society of the United Kingdom* 12/VI 1902.
- Румянцевъ. — Два случая проказы. *Врачебная Газета* 1902, № 2, стр. 29.
- Santos Fernandez*) La operacion de la cataracte en los leproso. *Annales de Oftalm. de Mexico* T. I, № 1.
- v. Schroeder. — Demonstration eines Falles von Lagophth. paralyt. beider Augen bei L. anaesth. *St. Petersburg. Med. Wochenschrift* 1898, № 4; bezw. № 38.
- Secondi. — Sulla lepra oculare. *Annali di Ottalm.*, XV, 5 et 6. Ref. *Nagels Jahresbericht pro 1887*, p. 252.
- Scott, Kenneth. — Keratitis occurring in Leprosy. *Ophthalmological Society of the United Kingdom* 12/III 1896. Ref. *Centralbl. f. Augenheilk.* 1896, p. 241.
- Snellen. — XII. Vergadering van het Nederl. Oogheelk. Gezelschap. 12/XII 1897 te Utrecht. Ref. *Centralbl. f. Augenheilk.* 1898, p. 251.
- Спиримонъ. — Случай трофоневрот. проказы. *Медиц. Обзор.* 1890.
- Sylvester, J. H. — Leprous tubercle of the eye. *Transact. of the med. and physiol. soc. Bombay* 1870. Ref. *Nagels Jahresbericht pro 1870*, p. 293.
- Trantas. — Lèpre oculaire: lagophthalmos, keratite, iritis, chorioretinite, insensibilité de la cornée. *Recueil d'opht.* XX an. 1898, p. 452.
- Lésions ophtalmosc. chez les lépreux. *Ann. d'ocul.*, V, CXXI, 1899, p. 366.
- Uhlenhuth. — Ein Fall von Lepra tuberosa mit besonderer Berücksichtigung einer beginnenden leprösen Hornhauterkrankung (Keratitis superficialis punctata). *Charité Annalen* XXIII Jahrg. 1898. Ref. *Ophthalm. Klinik*, V, p. 71.

- Uhlenhuth u. Westphal. — Histologische und bacteriol. Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. *Klinisches Jahrbuch.* Jena. 1901.
- Uthoff. — Ueber infectiöse Neuritis optica. *Bericht d. 28 opht. Gesell. zu Heidelberg* 1900, p. 41.
- de Vincentiis. — De intorno alla lepra oculare. Ref. *Centralbl. f. Augenheilk.* 1880, p. 334.
- Vossius. — Ein Fall von Lepra des Auges. *Sitzung d. opht. Gesell. zu Heidelberg.* 1884.
- Ueber die Uebertragbarkeit d. Lepra auf Kaninchen. *Zeitschr. f. vergl. Augenh.* 1888. Oct.
- Вейертъ. — *Вѣстн. Офтальм.* XV, p. 209. 1898.
- Wintersteiner. — *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1895, p. 350.
- Wolff. — Die Lepra arabum. *Virch. Arch.* XXVI, p. 49. 1863.

Оглавленіе.

	Стр.
Введеніе	3
I. Общая статистика	7
II. Клиническая часть	16
1. Вѣки	16
2. Соединительная оболочка	36
3. Склера и эписклера	49
4. Роговая оболочка	58
5. Радужная оболочка, рѣсничное тѣло	81
6. Хрусталикъ	110
7. Измѣненія дна глаза	112
A. Chorioiditis disseminata	120
B. Degeneratio pigmentosa retinae	128
C. Retinitis	133
D. Измѣненія ретинальныхъ сосудовъ	143
E. Измѣненія зрительнаго нерва	151
F. Помутнѣнія стекловиднаго тѣла	152
III. Общія выводы	154
IV. Литература	168

Положенія.

1. Необходимо, чтобы врачи, заведующіе лекпрозоріями, были въ достаточной степени знакомы съ практической офталмологіей.
2. Въ сомнительныхъ случаяхъ проказы излѣдованіе глазъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе при постановкѣ діагноза.
3. Мнѣніе о незаболѣваемости дна глаза при проказѣ должно считаться невѣрнымъ.
4. Опредѣленіе внутриглазного давленія при иритѣ можетъ имѣть прогностическое значеніе.
5. Для опредѣленія рефракціи въ глазахъ, страдающихъ спазмомъ аккомодациі, методъ изслѣдованія въ прямомъ видѣ долженъ считаться болѣе объективнымъ, чѣмъ скіаскопическій.
6. Популярныя сочиненія по медицинѣ, въ которыхъ главное вниманіе обращается на терапію, не удовлетворяютъ своему назначенію.